

別記第1号様式

予防接種記録の開示申出書

年 月 日

函館市長 様

住 所
 (ふりがな)
 氏 名
 申出者 生年月日 年 月 日
 予防接種を受けた者との関係
 電 話

次のとおり予防接種記録の開示を申し出ます。

	予防接種を受けた者	(ふりがな) 氏 名	
		生年月日	年 月 日 (歳)
		住 所	
申出者が 予防接種 を受けた 者以外 の場合	予防接種を受けた者に代わって申出をする理由		
	予防接種記録の開示に必要な場合は、住民基本台帳等により、函館市が申出者と予防接種を受けた者との関係について調査することに同意します。 申出者氏名		
	開示を希望する項目 <input type="checkbox"/> 予防接種の種類および実施した日 <input type="checkbox"/> 予防接種を実施した医師の氏名 <input type="checkbox"/> 接種液の量および製造番号 <input type="checkbox"/> その他 ()		
※本人または 法定代理人 の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> 身分証明書 (写真付き) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
※代理権を有 することを 証する書類	<input type="checkbox"/> 本人 (または法定代理人) の委任状 <input type="checkbox"/> その他代理権を有することを証する書類 () <input type="checkbox"/> 事務処理要領3-(2)-イ・ウ・エに該当 (書類添付不要)		
備 考		※確認者	印

注 1 予防接種を受けた者の氏名が予防接種時の氏名と異なる場合は、旧姓等が確認できる書類を提示してください。
 2 ※印欄は、記入しないでください。

【記載例】

別記第1号様式

予防接種記録の開示申出書

令和元年5月10日

函館市長 様

住所 函館市五稜郭町23番1号

(ふりがな) ハコダテ タロウ

氏名 函館 太郎

申出者

生年月日 昭和60年12月1日

予防接種を受けた者との関係 父

電話 0138-32-1533

次のとおり予防接種記録の開示を申し出ます。

予防接種を受けた者	(ふりがな) 氏名	ハコダテ ユキコ 函館 雪子	
	生年月日	平成25年2月1日 (6歳)	
	住所	函館市五稜郭町23番1号	
申出者が 予防接種 を受けた 者以外 の場合	予防接種を受けた者に代わって申出をする理由 未成年のため		
	予防接種記録の開示に必要な場合は、住民基本台帳等により、函館市が 申出者と予防接種を受けた者との関係について調査することに同意します。 申出者氏名 函館 太郎		
	開示を希望する項目 <input checked="" type="checkbox"/> 予防接種の種類および実施した日 <input type="checkbox"/> 予防接種を実施した医師の氏名 <input type="checkbox"/> 接種液の量および製造番号 <input type="checkbox"/> その他 ()		
※本人または 法定代理人 の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート)	
	<input type="checkbox"/> 身分証明書 (写真付き)	<input type="checkbox"/> 健康保険証	
※代理権を有 することを 証する書類	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 本人 (または法定代理人) の委任状 <input type="checkbox"/> その他代理権を有することを証する書類 () <input type="checkbox"/> 事務処理要領3-(2)-イ・ウ・エに該当 (書類添付不要)		
備考		※確認者	印

※母子保健課記入欄

注 1 予防接種を受けた者の氏名が予防接種時の氏名と異なる場合は、旧姓等が確認できる書類を提示してください。

2 ※印欄は、記入しないでください。