様式 2

予防接種記録開示申請書

※太枠の中をご記入ください。　　申請日：令和　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日生 （　　歳　　か月）
該当者氏名			
住　所			
電話番号			

該当する内容にレ点を記入してください。

開示理由	□ 母子健康手帳の紛失 □ 母子健康手帳の破損 □ その他（　　）
開示方法	□ 母子健康手帳（再発行） □ 予防接種の記録

徳 島 市 長 殿

上記の通り 申請 します。

申請者氏名

◎申請者が本人以外の場合は、以下も記入ください。

◎申請者 （窓口にきた人）	申請者生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	続　　柄	★保護者以外は委任状が必要です。
	代理の理由	□未成年者　□その他（　　）
	住　　所	
	電話番号	

◎申請者の確認できる書類を提示または郵送してください。（運転免許証、健康保険証、身分証明証など）

※以下の欄の記入は不要です。

★申請者確認書類　：□運転免許証　□ 健康保険証　□身分証明書　□ その他（　　）

□ 窓口　　□ 郵送

□ オフコンのコピーを添付

□ 住基にて確認

処理者	係長