

年 月 日

北九州市長様

申請者 住所	
氏名	⑩
※申請者署名時は押印不要	
(被接種者との関係)	
TEL	

予防接種記録等発行申請書

下記のとおり、発行を申請いたします。

記

住 所	北九州市 区		
(英文用)	(氏名の英語表記)		
(ふりがな) 被接種者 氏 名			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
申請する書類 該当する物にレ点	<input type="checkbox"/> 予防接種の記録 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 予防接種の記録 (英文)		
申請理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳紛失のため <input type="checkbox"/> 海外渡航のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
添付資料	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 被接種者本人との関係が確認できるもの (<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ())		

※英文の予防接種記録が必要な場合は、氏名の英語表記をご記入ください。

※申請された書類は、後日、記入された住所へ郵送します。