個 人 情 報　交 付 申 請 書

（予防接種履歴用）

申請日　　令和　　 年　　月　　日

敦賀市健康推進課長　殿

申請者　〒

　　　　 住所

　　　　 氏名

　　　　 電話番号

被接種者との続柄（　　　　　）

被接種者　氏名

　　　　　　　 　　 生年月日 　 年　　月　　日生

次のとおり個人情報の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する情報 | 敦賀市に登録されている予防接種履歴 |
| 申請理由 | 1. 母子健康手帳を紛失したため 2. 大学等への書類提出に必要 3. 海外渡航書類に必要 4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  確認欄 | * 申請者確認   　　運転免許証 ・ マイナンバーカード  その他（　　　　　　　　　　　　　　）   * 身分証コピー（保護者以外の者が申請した場合） |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 発行 |
|  |  |