

(第1号様式)

年 月 日

(宛先) 名古屋市保健所長

申請者 住所

氏名

(被接種者との続柄)

※同一世帯の親族以外の場合、委任状等が必要です。

電話番号

### 予防接種記録情報提供申請書

このことについて、下記のことにご同意し、予防接種記録の情報提供（ワクチンの種類、接種年月日）を申請します。

※本市では、平成25年1月以降の予防接種記録を保存していますが、接種後2か月程度の間は、記録に反映されていない場合があります。

※本申請では、口頭での提供となりますので、文書での提供を要する場合は、「予防接種証明書発行申請（有料）」にて申請ください。

被接種者 (予防接種を受けた人)	(フリガナ) 氏 名	( )
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 名古屋市 区  ※現在、本市に住民登録がない場合、本市から転出する前の最後の住民登録地を記載してください。
希望する 予防接種	希望する予防接種を以下より選択してください。	
	子どもの 予防接種	<input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 五種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(MR) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合(DT) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> おたふくかぜ
	成人の 予防接種	<input type="checkbox"/> 定期インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 定期新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 風しん(予防接種)
風しん(抗体検査)	<input type="checkbox"/> 本申請の「予防接種」を抗体検査に読み替えて申請 ※情報提供の事項は、判定結果及び実施年月日となります。	
情報受領欄	受領者(申請者)氏名:	

