

個人情報 交付 申請書

(予防接種履歴用)

申請日 令和 年 月 日

福井市こども家庭センター所長 様

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 (和暦) 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 | 福井市に登録されている予防接種の履歴 |
| 申請理由 | 1. 母子健康手帳を紛失したため 2. 大学等への提出書類に必要 3. 海外渡航書類に必要 4. その他 () |

| | |
|------------|--|
| 申請者 確認欄 | <input type="checkbox"/> 申請者確認 (運転免許証 保険証 その他) <input type="checkbox"/> 身分証コピー(保護者以外の者が申請した場合) |
| 交付場所 | <input type="checkbox"/> こども家庭センター |

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