

年 月 日

佐賀市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

予防接種記録発行申請書

このことについて、下記のとおり、予防接種記録書の発行を申請します。

記

1	発行希望者	住 所	電話番号 () ※ 住所が佐賀市外の場合 佐賀市に居住していた期間： 年 月 ~ 年 月まで		
		(フリガナ) 氏 名	(フリガナ)		
		生年月日	年 月 日		
2	保護者氏名 (希望者が未成年の場合のみ)	電話番号 ()	続柄		
3	申請理由				

但し、転入時に接種日の確認が取れなかった方については、事務処理上、接種日が生年月日または、1901で入力されています。

佐賀市記載欄

<input type="checkbox"/> 市民・旧佐賀市民確認 (SHIPS・TIARA・その他)	
<input type="checkbox"/> 申請者本人確認 (運転免許証・個人番号カード (写真付) ・その他)	
<input type="checkbox"/> 未成年の場合、保護者以外が来庁時、委任状の提出	
<input type="checkbox"/> 成人の場合、本人以外に来庁時、委任状の提出	
<input type="checkbox"/> 記録書の渡し方法 (後日手渡し・後日郵送・申請時同時渡し・その他)	
受付者サイン _____	記録書発行者サイン _____