

予防接種履歴照会申請書

＜予防接種を受けた方についてご記入ください＞

氏 名	ふりがな
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
保 護 者 氏 名 (未成年の場合のみ)	
玉 野 市 の 住 所	玉野市
照 会 の 理 由	

玉野市が管理する予防接種履歴について、予防接種を受けた方及び申請者の身分証（運転免許証、健康保険証、学生証の写しなど）のコピーを添付し、玉野市で管理している全ての予防接種履歴の照会を申請します。

（申請先）玉野市健康医療課

令和 年 月 日

【申請者】

氏名：

現住所：〒 -

電話番号：（ ）

予防接種を受けた方との続柄：

※委任状（窓口に来られたのが本人もしくは保護者でない場合）

私は申請者に「予防接種履歴照会申請書」についての一切の権限を委任します。

（本人又は保護者の自署）

【参考】玉野市で管理している予防接種履歴とは、以下の定期予防接種の履歴のことです。

B型肝炎・ヒブ・小児用肺炎球菌・5種混合（破傷風・ジフテリア・百日咳・ポリオ・ヒブ）・

4種混合（破傷風・ジフテリア・百日咳・ポリオ）・3種混合（破傷風・ジフテリア・百日咳）・

ポリオ・BCG・麻しん風しん・水痘・日本脳炎・2種混合（破傷風・ジフテリア）・

子宮頸がん予防・ロタウイルス・高齢者用肺炎球菌・带状疱疹

＜事務処理欄＞

受付日 年 月 日	受付者 （ ）
-----------	---------