

# 柏市予防接種記録交付申請書

年 月 日

柏市長 あて

住所

申請者 氏名

続柄 ( )

電話

下記のとおり、柏市で実施した予防接種記録の交付を申請します。

記録の交付を希望する方 (1人目)	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	西暦 年 月 日生 ( 歳 か月)		
	現住所	(転出の場合に記載)		
	柏市在住時の住所	(転出の場合に記載)		
記録の交付を希望する方 (2人目)	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	西暦 年 月 日生 ( 歳 か月)		
	現住所	(1人目と異なる場合に記載)		
	柏市在住時の住所	(転出・1人目と異なる場合に記載)		
記録の交付を希望する方 (3人目)	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	西暦 年 月 日生 ( 歳 か月)		
	現住所	(1人目と異なる場合に記載)		
	柏市在住時の住所	(転出・1人目と異なる場合に記載)		
申請理由				
申請する記録の種類	<input type="checkbox"/> 定期接種 <input type="checkbox"/> 特例臨時接種 ( 国内用・海外用 ) <small>※令和5年度以前の新型コロナワクチン接種の記録が必要な場合</small>			

※予防接種法に基づく予防接種について、柏市が実施した定期予防接種の記録のみ記載されます。定期接種の記録の保存期間は接種から5年間であり、それ以前の記録は情報がある場合のみ記載されます。また、接種の実施から予防接種台帳への記録の反映には時間を要するため、直近の接種については記載できない場合があります。

担当課処理欄 上記の者について、予防接種記録を交付します。

課長	統括L	担当L	担当

收受印
-----