

年 月 日

大 垣 市 長 様

（申請者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 乳幼児健康診査受診・予防接種証明書交付申請書

### 1. 申請する情報の種類

- ( ) 乳幼児健康診査受診情報  
( ) 予防接種情報（乳幼児・学童等）  
( ) 予防接種情報（成人・高齢者）

<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌
<input type="checkbox"/> 風しん第5期	

- ( ) 予防接種情報（臨時接種）

<input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチン
------------------------------------	--

### 2. 証明書が必要な人

住 所	
当該者氏名	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日（ 歳）

### 3. 申請理由

--