

(第3号様式)

年度 無料予防接種確認書交付申請書 兼 委任状

申請日： 年 月 日

次の者を代理人と定めて、無料予防接種確認書の交付申請、及び受領に関する権限を委任します。

代理人（窓口に来られた方）

所在地	職種・氏名
施設名	電話番号

委任する人

被接種者			予防接種 種類	市記入欄
氏名	大正・昭和 年 月 日 生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所	久留米市		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
氏名	大正・昭和 年 月 日 生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所	久留米市		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
氏名	大正・昭和 年 月 日 生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所	久留米市		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
氏名	大正・昭和 年 月 日 生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所	久留米市		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
氏名	大正・昭和 年 月 日 生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所	久留米市		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
氏名	大正・昭和 年 月 日 生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所	久留米市		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
氏名	大正・昭和 年 月 日 生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所	久留米市		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
氏名	大正・昭和 年 月 日 生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所	久留米市		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
氏名	大正・昭和 年 月 日 生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所	久留米市		<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

市記入欄

確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 公的機関の交付する手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ）			
市民センター受付 <input type="checkbox"/> 耳納 <input type="checkbox"/> 千歳 <input type="checkbox"/> 高牟礼 <input type="checkbox"/> 筑邦	受付者	保健予防課処理欄 発送日： 記載者： 確認者：	
保健所・保健センター受付 <input type="checkbox"/> 保健予防課 <input type="checkbox"/> 田主丸 <input type="checkbox"/> 北野 <input type="checkbox"/> 城島 <input type="checkbox"/> 三潞 <input type="checkbox"/> 南部		受付者	インフルエンザ 枚 肺炎球菌感染症 枚