

(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

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。

申請日： 年 月 日

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

被接種者		予防接種 種類		市記入欄		
				該当	非該当	
1	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	氏名	大正・昭和 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所 久留米市			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

市記入欄

確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <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"/> 三潁 <input type="checkbox"/> 南部	受付者	インフルエンザ 枚 肺炎球菌感染症 枚 新型コロナウイルス 枚 带状疱疹 枚