

(様式1)

## インフルエンザ予防接種に係る照会に関する同意書

名張市長 宛て

名張市乳幼児インフルエンザ予防接種費用の助成を希望します。

なお、名張市が予防接種の接種状況について、必要に応じて医療機関に照会すること、及び私（下記の保護者及び被接種者をいいます。）の住民票に記載されている情報を照会することに同意します。

年 月 日

保護者 住所 〒  
名張市

氏名

電話

被接種者との続柄 ( )

被 接 種 者	(ふりがな) 氏名	( )	男・女	年 月 日生
	住所	※保護者と同じ場合は記載不要 〒 名張市		