

資料提供に関する同意書

予防接種法施行規則第10条、第11条、第11条の9及び第11条の10の各規定による
予防接種後健康被害救済制度の申請に伴い、申請内容の検討に必要な過去の既往歴
等に関し、私は、柏原市健康づくり課が医療機関に対し問い合わせを行い、必要な書類
やデータ等の資料提供を依頼することに同意します。

また、柏原市健康づくり課の依頼に対し、医療機関が資料提供することについて、私
が同意している旨を医療機関に伝えて構いません。

なお被接種者が、継続して通院が必要で受診した医療機関や、過去5年以内に重大な
疾患により入院や手術等を必要とした際に受診した医療機関名等は以下の通りです。

柏原市長 様

令和 年 月 日

被接種者

住所 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

受診期間	医療機関名	科目	主治医名	連絡先
年 月 日 ～ 年 月 日		科	医師	

※受診期間はわかる範囲でご記入ください。欄が足りない時は裏面に記入ください。

申請者（被接種者）

住所 _____

氏名 _____

保護者（未成年の場合）

住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____