

予防接種証明書交付申請書

申 請 年 月 日		令和 年 月 日
申 請 者	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	— —
交 付 を 必 要 と す る 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (男・女)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
	申請者との関係	1.本人 2.未成年者の親権者 3.その他 ()
	電 話 番 号	
申 請 理 由		

証明書を必要とする予防接種名に○を付けて下さい。

BCG ・ ポリオ ・ DPT (1期・2期) ・ DT (1期・2期) ・ 麻しん ・ 風しん 日本脳炎 (1期・2期・3期) ・ 麻しん風しん混合 (1期・2期) DPT-IPV (1期・2期) ・ 水痘 ・ B型肝炎 ・ ロタ Hib (ヒブ) ・ 小児肺炎球菌 ・ HPV (ヒトパピローマウイルス) DPT-IPV-Hib (1期・2期) ・ その他 ()

課長	課長補佐等	係長	係	受付	発行日
					年 月 日

本人確認書類で確認しましたか