

予防接種の英文証明についての申請書

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

氏 名 \_\_\_\_\_

ローマ字または英語表記 ( \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

記

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <p>証明を受ける子どもの<br/>氏名・生年月日</p> | <p>(ふりがな)<br/>氏 名<br/>ローマ字または英語表記 ( _____ )<br/>西 暦 年 月 日生</p>  |
| <p>証明を受ける<br/>予防接種名</p>       | <p>BCG<br/>生ポリオ ( 1回 ・ 2回 ) 不活化ポリオ ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加<br/>四種混合 1期 (初回免疫の1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)<br/>三種混合 1期 (初回免疫の1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)<br/>二種混合 (ジフテリア破傷風)<br/>麻しん風しん混合ワクチン 1期 ・ 2期 ・ 3期 ・ 4期<br/>麻しん ・ 風しん<br/>日本脳炎 1期 (初回免疫の1回目 ・ 2回目 ・ 追加) 2期<br/>ヒブ ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目 )<br/>小児用肺炎球菌 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目 )<br/>子宮頸がん予防 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )<br/>水痘 ( 1回目 ・ 2回目 )<br/>B型肝炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )<br/>ロタウイルス ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )<br/>その他 ( 母子手帳に記載している全ての接種 )</p> |
| <p>証明書の提出先</p>                |   |

※ 記入時の注意

保護者、子どもの氏名等全てに「ふりがな」をお願いします。  
母子健康手帳の出生届と予防接種証明部分のコピーを添付して下さい。  
提出先についても詳しくご記入ください。