

予防接種済証明書交付申請書

(あて先)

大田区長

令和 年 月 日

私は、予防接種済証明書の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

証明書の対象の方	住 所			
	ふりがな		パスポートに記載してある氏名	
	氏 名			
	生年月日 (西暦)	年 月 日生	電話 () ※日中繋がる連絡先をご記入ください	
	証明書の 使いみち			
	予防接種の種類 (該当するものにチェックを してください)	☐ ツベルクリン ☐ BCG ☐ ヒブ (H i b) ☐ 小児肺炎球菌 ☐ B型肝炎 ☐ DPT ☐ ポリオ ☐ DPT-I P V ☐ DPT-I P V-Hib ☐ D T ☐ 麻しん ☐ 風しん ☐ MMR ☐ MMR ☐ 日本脳炎 ☐ 水痘 ☐ ロタウイルス ☐ H P V ☐ A型肝炎 ☐ おたふく ☐ 狂犬病		
	証明件数	件	発行枚数	枚

英文訳の有無	有り・無し	
--------	-------	--

窓口に来た方が、証明書の対象の方以外の場合は下記も記入してください。

窓口 に 来 た 方	住 所		
	氏 名		
	証明書の対象の方との関係		

注意

- 1 予防接種済証明書は、必要な場合に限り英文の訳を発行します。英文の証明書は発行できません
- 2 証明書の発行は、申請の日からおおむね7日後になります。
- 3 手数料は、予防接種1種類につき300円です。

[事務処理欄]

証明件数	件	発行枚数	枚	担 当	
手数料(@ 300円×証明件数×発行枚数)					