

# 予防接種証明書交付申請書

令和 年 月 日

《申請者》

住 所

氏 名

㊞

続 柄

電話番号

交付を必要とする者	氏 名	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生
	住 所	美馬市
	電話番号	

※証明書を必要とする予防接種名に○をつけてください。

- ( ) ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ（四種混合）
- ( ) ジフテリア・百日せき・破傷風（三種混合）
- ( ) ジフテリア・破傷風・（二種混合）
- ( ) 不活化ポリオ
- ( ) ポリオ（経口）
- ( ) BCG
- ( ) 麻しん・風しん
- ( ) 水痘
- ( ) 日本脳炎
- ( ) インフルエンザ菌b型（ヒブ）
- ( ) 小児用肺炎球菌
- ( ) ヒトパピローマウイルス（HPV）
- ( ) B型肝炎
- ( ) その他（ ）

65歳以上の方

- ( ) インフルエンザ
- ( ) 高齢者の肺炎球菌感染症

受 付 者 氏 名	証 明 書 発 行 日