

予防接種に関する証明書交付申請書
Application Form for Vaccination Certificate

荒川区長 宛

Year 年	Month 月	Date 日
-----------	------------	-----------

To : Mayor of Arakawa City

被接種者 (予防接種を受けた人) Victims	フリガナ				
	氏 名 Name				
	住 所 Address				
	生年月日 Date of birth	Year 年	Month 月	Date 日	
	連絡先電話番号 Phone number	(- -)			
申請者 (窓口に来た人) Applicant	上記(被接種者)と同じ Same as				
	フリガナ				
	氏 名 Name				
	住 所 Address				
	連絡先電話番号 Phone number	(- -)			
	被接種者と申請者の 関係 Relationship with the victims	夫・妻 Spouse	父母・子 Parent /Child	祖父母・孫 Grandparent /Grandchild	その他() Other
<p>予防接種の種類</p> <p>証明を希望する予防接種の種類を で囲んでください</p>	H i b (ヒブ)	(1 回目・2 回目・3 回目・追 加)			
	小児用肺炎球菌	(1 回目・2 回目・3 回目・追 加)			
	B型肝炎	(1 回目・2 回目・3 回目)			
	ロタウイルス	(1 回目・2 回目・3 回目)			
	五種混合DPT-IPV-Hib	(1 回目・2 回目・3 回目・追 加)			
	ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・H i b (ヒブ)				
	四種混合DPT-IPV	(1 回目・2 回目・3 回目・追 加)			
	ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ				
	三種混合DPT	(1 回目・2 回目・3 回目・追 加)			
	ジフテリア・百日咳・破傷風				
	二種混合DT				
	ジフテリア・破傷風				
	生ポリオ (OPV)	(1 回目・2 回目)			
	不活化ポリオ (IPV)	(1 回目・2 回目・3 回目・追 加)			
	BCG				
	麻しん風しん (MR)	(1 期・2 期・3 期・4 期・5 期)			
	麻しん	(1 期・2 期・3 期・4 期・5 期)			
	風しん	(1 期・2 期・3 期・4 期・5 期)			
	水痘	(1 期・2 期)			
	日本脳炎	(1 期初回 1 ・ 1 期初回 2 ・ 1 期追加・2 期)			
	ヒトパピローマウイルス (HPV)	(1 回目・2 回目・3 回目)			
	おたふく				
<p>証明書の表記 希望するものを○で 囲んでください</p>	日本語 ・ 英語				