

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
予防接種の種類  証明を希望する予防接種の種類を で囲んでください		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 )		
		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			
証明書の表記 希望するものを○で 囲んでください		日本語 ・ 英語			