

# 予防接種済証交付申請書

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	昭和・平成・令和 年 月 日生
	住所	徳島市
	電話番号	
	申請理由	

※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・不活化ポリオ・ヒブ(五種混合)
- ( ) ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ (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
- ( ) 生ポリオ(経口)
- ( ) BCG
- ( ) 麻しん・風しん
- ( ) 日本脳炎
- ( ) ヒブ(インフルエンザ菌b型)
- ( ) 小児用肺炎球菌
- ( ) ヒトパピローマウイルス(子宮頸がん予防)
- ( ) 水痘
- ( ) B型肝炎
- ( ) ロタウイルス
- ( ) 高齢者インフルエンザ
- ( ) 高齢者用肺炎球菌ワクチン

受付者氏名	証明書発行日