

課長	係長	係

申請日 年 月 日

宝塚市長

申請者 住所
(※必ずご記入ください) 氏名 被接種者との続柄()

予 防 接 種 歴 証 明 書 発 行 申 請 書 (英 文 版)

下記のとおり、予防接種歴証明書の発行を申請します。

記

1	被接種者名	住 所	電話 ()		
		(フリガナ)			
		氏 名			
		(ローマ字) 氏名	※姓・名の順にご記入ください。		
		生年月日	年	月	日
2	申請理由				
3	予防接種の種類	予防接種の種類	接種年月日		
		ヒブ 1回目	年	月	日
		ヒブ 2回目	年	月	日
		ヒブ 3回目	年	月	日
		ヒブ 追加	年	月	日
		小児用肺炎球菌 1回目	年	月	日
		小児用肺炎球菌 2回目	年	月	日
		小児用肺炎球菌 3回目	年	月	日
		小児用肺炎球菌 追加	年	月	日
		4種混合(DPT-IPV) 1回目	年	月	日
		4種混合(DPT-IPV) 2回目	年	月	日
		4種混合(DPT-IPV) 3回目	年	月	日
		4種混合(DPT-IPV) 追加	年	月	日
		3種混合(DPT) 1回目	年	月	日
		3種混合(DPT) 2回目	年	月	日
		3種混合(DPT) 3回目	年	月	日
		3種混合(DPT) 追加	年	月	日
2種混合(DT)第2期	年	月	日		

裏面につづく

3	予防接種の種類	予防接種の種類	接種年月日
		生ポリオ 1回目	年 月 日
		生ポリオ 2回目	年 月 日
		不活化ポリオ 1回目	年 月 日
		不活化ポリオ 2回目	年 月 日
		不活化ポリオ 3回目	年 月 日
		不活化ポリオ 追加	年 月 日
		B型肝炎 1回目	年 月 日
		B型肝炎 2回目	年 月 日
		B型肝炎 3回目	年 月 日
		BCG	年 月 日
		ツベルクリン反応	年 月 日
		麻しん	年 月 日
		風しん	年 月 日
		麻しん風しん混合 1期	年 月 日
		麻しん風しん混合 2期	年 月 日
		水痘 1回目	年 月 日
		水痘 2回目	年 月 日
		日本脳炎 1回目	年 月 日
		日本脳炎 2回目	年 月 日
		日本脳炎 追加	年 月 日
		日本脳炎 第2期	年 月 日
		子宮頸がん予防 1回目	年 月 日
		子宮頸がん予防 2回目	年 月 日
		子宮頸がん予防 3回目	年 月 日
		おたふくかぜ 1回目	年 月 日
		おたふくかぜ 2回目	年 月 日
		ロタウイルスワクチン 1回目	年 月 日
		ロタウイルスワクチン 2回目	年 月 日
		ロタウイルスワクチン 3回目	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

(注意事項)

- ◎手数料として1,000円かかります。郵送で申請の場合は納付書をお送りします。
- ◎郵送で申請される場合は、①母子健康手帳の予防接種欄の写し②申請者の身分確認書類の写し(写真付きであれば1点、写真付きでなければ2点必要)③返信用封筒に送付先を記載したもの(84円切手貼付)を同封の上、下記へ送付してください。

郵送先 : 〒665-0827 宝塚市小浜4丁目4番1号 宝塚市立健康センター 予防接種担当 宛
 電話 : 0797-86-0056

*職員記入欄

氏名 住所 生年月日 性別 予防接種の情報 窓口 郵送 (年 月 日)