予防接種証明書交付申請書

接種者	住所	
	NAME （ローマ字表記）	
	氏名	性別（　　）
	生年月日	生
保護者氏名		
予防接種の種類 （□にチェックを入れて下さい）		□ ロタウイルス □ ヒブワクチン(Hib)　□ 小児用肺炎球菌(PCV) □ DPT　□ DPT-IPV(4種混合)　□ DPT-IPV-Hib(5 種混合) □ BCG □ 麻しん風しん混合(MR)　□ 麻しん　□ 風しん　□ 水痘 □ 日本脳炎　□ 子宮頸がん予防(HPV)　□ ポリオ □ B 型肝炎　□ DT2期　□その他(　　)
交付枚数		枚
理　由		

申請者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊　交付申請書には、母子健康手帳の(1)表紙、(2)出生届出済証明、(3)予防接種の記録のページの写しを添付してください。証明書の発行までには、約2週間かかります。

証明手数料(1枚)	~~300円~~

〒108－8315
港区三田1－4－10
みなと保健所　保健予防課保健予防係
電話　03－6400－0081