

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(男・女)
	生年月日	西暦 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		
令和 年 月 日		
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

【区使用欄】

手数料領収 ☐