

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