

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（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
- インフルエンザ菌b型（ヒブ）
- 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
- 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