

予防接種済証交付申請書

年 月 日

芽室町長 あて

申請者 住 所
氏 名
(被接種者との続柄)
電話番号

次のとおり予防接種済証の交付を申請します。

記

交付を必要とするもの (被接種者)	(ふりがな) 氏 名	()
	生年月日	年 月 日 (歳)
	現住所	
	接種時の住所	芽室町
証明を必要とする予防接種 ※チェックしてください。	<input type="checkbox"/> 四種混合 (ジフテリア・百日ぜき、破傷風・不活化ポリオ) <input type="checkbox"/> 三種混合 (ジフテリア・百日ぜき、破傷風) <input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 生ポリオ (経口) <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス (子宮頸がん予防) <input type="checkbox"/> B C G <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症	
申請理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の紛失 <input type="checkbox"/> 学校等への提出資料 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【留意事項】

- 1 予防接種法に基づき芽室町で実施した定期予防接種について交付します。
- 2 芽室町で交付する予防接種済証は、医師による証明ではありません。予防接種法施行規則 (第四条第二項第一号関係) に定める様式にて交付します。

【申請に必要なもの】申請者の身元確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等)・印鑑