

年 月 日

遠 別 町 長 様

申請者	住所	
	氏名	印
	(被接種者との関係)
	Tel	

予防接種証明書等発行申請書

下記のとおり、発行を申請いたします。

記

住 所			
(ふりがな) 被接種者 氏 名			
生年月日	年 月 日 生	性 別	男 ・ 女
申請する書類 該当するものにレ点	<input type="checkbox"/> 予防接種の記録 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 予防接種証明書 ※証明書を必要とする予防接種名に○をつけてください。 (BCG/生ポリオ/不活化ポリオ/ ヒブ/小児肺炎球菌/3種混合/ 2種混合/4種混合/麻しん/風しん/麻しん風しん混合/子宮頸がん)		
申請理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳紛失のため <input type="checkbox"/> 進学・就職時証明のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
添付資料	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 被接種者本人との関係が確認できるもの (<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ())		

※太枠内について記載してください。

※申請された書類は、後日、記入された住所へ郵送します。