

予防接種証明書交付申請書

代理の記入例

世田谷区長 あて

令和

7

年

10

月

1

日

① 申請者	申請時点で住民登録がある住所を記載してください。		シロヤマ ハナコ	
	住所		城山 花子	
	連絡先電話番号		070 - XXXX - XXXX	
② 証明対象者	平日9時～17時に連絡が取れる電話番号を記入してください。		親	
	氏名 ※①と同じ場合は不要		セタガヤ タロウ	
	ローマ字表記 (英語併記希望の場合)		世田谷 太郎	
	住所 ※①と同じ場合は不要		SETAGAYA TARO	
	連絡先電話番号		世田谷区世田谷〇-〇-〇	
③ その他	郵送申請かつ窓口受取の方はお近くの総合支所に〇をつけてください。 窓口申請の方は申請時と同じ窓口で受取をお願いします。		090 - XXXX - XXXX	
	受け取り窓口 ※窓口受け取りを希望する場合のみ		2000 年 4 月 1 日	
	証明を希望する定期予防接種の種類 (おたふくかぜのみ任意接種)		<input type="checkbox"/> 日本語 <input checked="" type="checkbox"/> 日本語 (英語併記)	
	証明を希望する予防接種全てにチェックをお願いします。		<input type="checkbox"/> 〇をつけてください。 <input type="checkbox"/> 日本語 <input checked="" type="checkbox"/> 日本語 (英語併記)	
	受取期限		(世田谷・北沢・玉川・砧・烏山) 総合支所	
	ヒブ (Hib)		<input checked="" type="checkbox"/> ヒブ (Hib) <input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib) <input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) <input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT) <input checked="" type="checkbox"/> 二種混合 (DT) <input checked="" type="checkbox"/> BCG <input checked="" type="checkbox"/> 水痘 <input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん <input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ポリオワクチン <input type="checkbox"/> HPV (子宮頸がん予防) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス (令和6年4月1日以降の接種に限る) <input type="checkbox"/> RSウイルスワクチン	
	受取期限		10 月 17 日	
			交付までに約2週間かかります。	

【世田谷区記入欄】 以下は記載しないでください。

健康づくり課	收受印	感染症対策課	收受印

課長	係長	担当