

# 予防接種証明書交付申請書

本人の記入例

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。	セタガヤ タロウ 世田谷 太郎
	住所	世田谷区世田谷〇-〇-〇
	連絡先電話番号	090 - 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。	本人
	氏名 ※①と同じ場合は不要	
	ローマ字表記 (英語併記希望の場合)	SETAGAYA TARO
	住所 ※①と同じ場合は不要	
	連絡先電話番号	- -
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○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。	2000 年 4 月 1 日
	受け取り窓口 ※窓口受け取りを希望する場合のみ	<input type="checkbox"/> 日本語 <input checked="" type="checkbox"/> 日本語(英語併記) (世田谷・北沢・玉川・砧・烏山) 総合支所
	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"/> 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"/> 麻疹風しん混合(MR) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻疹 <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"/> 带状疱疹 <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)
	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。	
	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