予防接種証明書交付申請書

世田谷区長　あて　　令和　　年　　月　　日

①申請者	フリガナ	
	氏　名	
	住　所	
	連絡先電話番号	―　―
	①あなたと②証明対象者との関係	
②証明対象者	フリガナ	
	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）	
	住　所 ※①と同じ場合は不要	
	連絡先電話番号 ※①と同じ場合は不要	―　―
	生年月日	年　月　日
③その他	希望する項目に☑または「〇」をつけてください。	
	申請の種類	□ 日本語　□ 日本語（英語併記）
	受け取り窓口 ※窓口受け取りを希望する場合のみ	（ 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）	〇 予防接種名
		ヒブ（Hib）
		小児用肺炎球菌
		Ｂ型肝炎
		ロタウイルス
		五種混合（DPT-IPV-Hib）
		四種混合（DPT-IPV）
		三種混合（DPT）
		二種混合（DT）
		ＢＣＧ
		水痘
		麻しん風しん混合（MR）
		風しん
		麻しん
		日本脳炎
		ポリオワクチン
		HPV（子宮頸がん予防）
		おたふくかぜ
		帯状疱疹
		高齢者インフルエンザ
		高齢者肺炎球菌
		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）
	受取期限	月　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	収受印	感染症対策課	収受印

課長	係長	担当