

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「○」をつけてください。				
	申請の種類	<input type="checkbox"/> 日本語	<input type="checkbox"/> 日本語 (英語併記)		
	受け取り窓口 <small>※窓口受け取りを希望する場合のみ</small>	(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"/>	予防接種名		
		<input type="checkbox"/>	ヒブ (Hib)		
		<input 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 type="checkbox"/>		二種混合 (DT)			
<input type="checkbox"/>		B C G			
<input type="checkbox"/>		水痘			
<input type="checkbox"/>		麻しん風しん混合 (MR)			
<input type="checkbox"/>		風しん			
<input type="checkbox"/>		麻しん			
<input 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	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	收受印	感染症対策課	收受印

課長	係長	担当