

# 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					
	住所		世田谷 太郎					
	連絡先電話番号		090 - XXXX - XXXX					
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						
② 証明対象者	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					[○]をつけてください。	
	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。	(世田谷・北沢・玉川・砧・烏山) 総合支所						
		<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