

予防接種実施証明書交付申請

| | | |
|----------------------------------|--------|--|
| 交付を 必要と する者 | (ふりがな) | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 |
| | 住 所 | |
| 電 話 番 号 | | |
| 申 請 理 由 | | |
| 証明書を必要とする 予防接種名に○ をつけてください | | ロタウイルス感染症・B型肝炎・Hib感染症 肺炎球菌感染症（小児）・結核（BCG）・麻しん・風しん ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎（ポリオ） 水痘・日本脳炎・ヒトパピローマウイルス感染症 インフルエンザ・肺炎球菌感染症（高齢者） 新型コロナウイルス感染症 |

上記により予防接種実施証明書の交付について申請します。

令和 年 月 日

申請者住所 _____

氏 名 _____

被接種者との続柄（ _____ ）

七 尾 市 長