

# 予防接種済証交付申請書

(宛先)精華町長

年 月 日

申請者	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	電話番号	
	被接種者との続柄	

次のとおり、予防接種済証の交付を申請します。

被接種者	フリガナ	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日
	住所	精華町 <input type="checkbox"/> 申請書と同じ
証明を必要とする予防接種	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 五種混合[又は四種混合又は三種混合](ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ混合) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ[又は生ポリオ] <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合(ジフテリア・破傷風混合) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(ヒトパピローマウイルス) <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン	
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 英文版の予防接種済証を希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	

【注】「予防接種済証」で証明できるのは、精華町に住民票を有していた期間に接種した予防接種(※ただし、任意接種は除く)に限ります。