予防接種証明書請求書

【記載事項】

* 提出先から証明書の様式の指定があれば、提出願います。指定がなければ、保健所の様式で作成いたします。
* 海外用の申請の場合は、氏名のローマ字を記入してください。

【証明書の発行にあたり】

* お渡しするまでに１週間以上かかります。
* 証明書料金は、３００円です。

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 | Ｓ・Ｈ・Ｒ  　　　 年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 | 漢　　字  ローマ字 | |
| 現住所 |  | | 電話番号 | （　 　　） |
| 証明する  予防接種 | ＢＣＧ、 ポリオ、　ＤＰＴ（三種混合）、　ＤＴ（二種混合）、 　麻しん、 　風しん  日本脳炎、　ＤＰＴ－ＩＰＶ（四種混合）、　水痘、　ヒブ、　小児用肺炎球菌、  Ｂ型肝炎、　ロタ、　　ＨＰＶ（子宮頸がん予防ワクチン）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 作成期限 | 月　　　日　受け取り希望 | | ※１週間以上の余裕をみてください。 | |
| 使用目的及び  提出先 | 使用目的 |  | | |
| 提 出 先 |  | | |
| 備　　考 | ※現在、佐世保市から転出している場合は、転出時の佐世保市の住所をご記入ください。 | | | |

※被接種者または保護者以外の方が請求・受け取りされる場合は、委任状が必要です。

　　市役所使用欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人確認欄 | 運転免許証、健康保険証、その他（　　　　　　　　　　　　　　） | 確認者 |  |
| ・被接種者本人　・保護者（続柄　　　　）　・その他（　　　　　） |