

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（ ）		