予防接種証明申請書

住所

氏名

続柄（　　）

TEL

次のとおり申請します。

証明を受ける人の氏名・性別	ふりがな 氏名　　男・女
証明を受ける人の生年月日	年　　月　　日
証明を受ける予防接種	Ｂ型肝炎　・　ロタウイルス ヒ　ブ　・　小児用肺炎球菌 ５種混合(DPT-IPV-Hib)　・　４種混合(DPT－IPV) ３種混合(DPT)　・　２種混合(DT) 麻しん風しん混合(MR)・　麻しん　・　風しん ＢＣＧ　・　水痘　・　日本脳炎 ポリオ(OPV)　・　ポリオ(IPV) ＨＰＶ（ヒトパピローマウイルス感染症） 高齢者用肺炎球菌 その他（　　）
証明書の使用目的	
本市に住民登録がない方は、 伊勢崎市における最終住民登録地	

（受付日　　）