

予防接種履歴情報照会申請書

年 月 日

逗子市長

《申請者》（窓口へいらした方）

住 所

氏 名

続 柄

電話番号

確 認 を 必 要 と す る 者	(フリガナ) 氏 名	
	生年月日	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に○をつけてください。

- () 五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ)
- () 四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ)
- () 三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)
- () 二種混合(ジフテリア・破傷風)
- () 不活化ポリオ
- () 生ポリオ(経口)
- () BCG
- () 麻しん・風しん
- () 日本脳炎
- () ヒブ
- () 小児用肺炎球菌
- () 子宮頸がん予防
- () 水痘
- () B型肝炎
- () ロタウイルス

受付者名	証明書発行日