

令和 年 月 日

明石市こども健康センター

予 防 接 種 記 録 票 (英 文) 発 行 願

(申請者)

氏 名

(続柄)

〒

住 所

電話番号

予防接種法等に基づく予防接種において、明石市にて実施した予防接種についての記録票の発行を願います。

記

ふりがな 氏 名		【ローマ字表記】
生年月日	年 月 日生	
住 所		
電 話		
予防接種の種類 (右欄の発行を希望する予防接種の種類に○をつけてください。)	・ 記録のあるもの全て	
	・ ヒブワクチン ・ 小児用肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス ・ 五種混合	
	・ 四種混合 ・ 三種混合 ・ 生ポリオ ・ 不活化ポリオ ・ BCG ・ MR ・ 麻しん	
	・ 風しん ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ 二種混合 ・ HPV(子宮頸がん予防)	
住所の 異動状況	・ 生後から現在に至るまで、明石市に住民登録している。	
	・ 明石市内で、転居履歴がある。	
	・ 明石市外より、途中転入してきた。(年 月頃転入)	
	・ 明石市に住民登録していたことがある。(年 月頃転出)	
	・ その他	
予防接種記録票 の使用目的	・ 海外に転出するため ・ ()に提出するため ・ その他()	

※定期予防接種以外の任意予防接種は、証明書に記載されません。

※書類発行に時間を要しますので、2週間程前までにご申請ください。

※申請者の身分証明書のコピーを添付してください。 参考: ①免許証 ②個人番号カード ③パスポート等

明石市こども健康センター

予防接種記録票（英文）発行願

(申請者)

■予防接種記録票(英文)発行願に必要な書類 ①「予防接種記録票(英文)発行願」申込書 ②母子健康手帳の「予防接種記録」の全ページコピー ③申請者の身分証明書のコピー	氏名 明石 太郎 (続柄) 父 〒 673 - 0891 住所 明石市大明石町1-6-1 電話番号 078 - 918 - 5656
---	---

予防接種法等に基づく予防接種において、明石市にて実施した予防接種についての記録票の発行を願います。

記

ふりがな 氏名	アカシ ハナコ 明石 花子	【ローマ字表記】 AKASHI HANAKO
生年月日	令和〇年 〇月 〇日生	
住所	明石市大明石町1-6-1	
電話	078 - 918 - 5656	
予防接種の種類 (右欄の発行を希望する予防接種の種類に○をつけてください。)	<input checked="" type="radio"/> 記録のあるもの全て ・ ヒブワクチン ・ 小児用肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス ・ 五種混合 ・ 四種混合 ・ 三種混合 ・ 生ポリオ ・ 不活化ポリオ ・ BCG ・ MR ・ 麻しん ・ 風しん ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ 二種混合 ・ HPV(子宮頸がん予防)	
住所の 異動状況	<input checked="" type="radio"/> 生後から現在に至るまで、明石市に住民登録している。 ・ 明石市内で、転居履歴がある。 ・ 明石市外より、途中転入してきた。(年 月頃転入) ・ 明石市に住民登録していたことがある。(年 月頃転出) ・ その他	
予防接種記録票 の使用目的	<input checked="" type="radio"/> 海外に転出するため ()に提出するため ・ その他()	

※定期予防接種以外の任意予防接種は、証明書に記載されません。

※書類発行に時間を要しますので、2週間程前までにご申請ください。

※申請者の身分証明書のコピーを添付してください。 参考: ①免許証 ②個人番号カード ③パスポート等