

英文予防接種済証請求書 Request Form for Immunization Certificate in English

\_\_\_\_\_ (年) Year \_\_\_\_ (月) Month \_\_\_\_ (日) Day

札幌市長 様  
Mayor of Sapporo

請求者住所 Address of requestor

請求者氏名 Name of requestor

連絡先 Contact number

被接種者との関係 Relationship to the vaccinated person

下記の理由により、予防接種施行規則第4条第3項に基づき母子健康手帳に記載された予防接種について予防接種済証の交付を請求いたします。  
For the reasons listed below, I would like to have a Certificate of Vaccination issued for the vaccinations listed in my child's Maternal and Child Health Handbook based on Article 4, Paragraph 3 of the Vaccination Enforcement Regulations.

	【電話】 Tel ( ) -
【被接種者氏名】 Child's name in Japanese _____	【生年月日】 西暦 Date of birth _____ (年) Year ____ (月) Month ____ (日) Day
【名前のスペル】 Child's name in alphabet _____	【性別】 Gender 男 M / 女 F
【被接種者住所】 Address (札幌市) Sapporo, _____ (区) Ward, _____	

ワクチン Vaccine	接種年月日 Date administered (Year, Month, Day)	ワクチン Vaccine	接種年月日 Date administered (Year, Month, Day)
BCG		ヒブ	1st
三種混合/四種混合 (どちらかに○)	1st	Haemophilus	2nd
	2nd	Influenza B	3rd
DPT or DPT-IPV (Choose either one)	3rd		booster追加
	booster追加	小児用肺炎球菌 Vaccine (PCV)	1st
二種混合 DT		Pneumococcal	2nd
			3rd
ポリオ(生/不活化) (どちらかに○)	1st		booster追加
	2nd	日本脳炎 Japanese Encephalitis	1st
Polio (OPV or IPV) (Choose either one)	3rd		2nd
	4th		3rd (1期追加)
麻しん風しん混合 MR	1st		4th (2期)
	2nd	子宮頸がん Human Papilloma Virus (HPV)	1st
水痘 Varicella	1st		2nd
	2nd		3rd
B型肝炎 Hepatitis B	1st	ロタ Rota	1st
	2nd		2nd
	3rd		3rd
		おたふくかぜ Mumps	1st
			2nd
請求理由 Reason for request			
請求内容 Request Details	英文の証明書を____通、請求します。I would like to request ____ copies of the certificate in English.		

※証明書発行料金は1通につき400円です。 The issuing fee is 400 yen per certificate.