

(第2号様式)

年 月 日

(宛先) 名古屋市保健所長

### 予防接種証明書発行申請書

このことについて、下記のことにご同意し、予防接種証明書（ワクチンの種類、接種年月日）の交付を申請します。

※本市では、平成25年1月以降の予防接種記録を保存していますが、接種後2か月程度の間は、記録に反映されていない場合があります。

※他市町村での予防接種は、母子健康手帳又は接種済証に基づく証明となります。

申請者	(フリガナ) 氏名	( ) (被接種者との続柄 ) ※同一世帯の親族以外の場合、委任状等が必要です。
	住所	〒 -
	電話番号	- -
被接種者 (予防接種を受けた人)	(フリガナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ ( )
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ 〒 - 名古屋市 区  ※現在、本市に住民登録がない場合、本市から転出する前の最後の住民登録地を記載してください。
予防接種の種類	定期予防接種及び名古屋市が費用助成する任意予防接種	
申請する書類	<input type="checkbox"/> 【和文】 予防接種証明書 [ 件] <input type="checkbox"/> 【英文】 予防接種証明書 [ 件] (氏名の英文表記： ) ※パスポートの記載と同じ表記にしてください。  ※証明書発行手数料は1件300円です。	
証明書送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> その他(〒 - )	

