

予防接種済証等交付申請書

令和 年 月 日

伊東市長 様

申請者	住 所	〒
	フリガナ 氏 名	印
	電話番号	
	証明を受ける 者との続柄	☐ 本人 ☐ 同一世帯員() ☐ その他()

次のとおり、予防接種済証明書の交付を申請します。

証明を受ける者 (被接種者)	住 所	□申請者と同じ 〒		
	フリガナ 氏 名	□申請者と同じ		
	生年月日	昭・平・令	年	月 日
希望する 証明書	☐ 接種の記録（押印なし） ☐ 接種済証（押印あり） ※ 申請後、発行までに 5 日程度かかります			
証明を必要とする予防接種	☐ 伊東市で公費接種した予防接種すべて			
	☐ ヒブ ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ BCG ☐ B型肝炎 ☐ ロタウイルス ☐ 5種混合 ☐ 4種混合 ☐ 3種混合 ☐ 2種混合 ☐ ポリオ ☐ 水痘 ☐ 麻しん・風しん ☐ 日本脳炎 ☐ 子宮頸がん ☐ 新型コロナウイルス ☐ その他()			
申請理由	☐ 母子健康手帳紛失のため ☐ 入学、実習等で必要となるため ☐ 施設入所・入院等で必要となるため ☐ その他()			
送付先	☐ 申請者の住所 ☐ 被接種者の住所 ☐ その他〔〒 - 〕			

●注意事項

- 1 予防接種法に基づく予防接種において、伊東市が実施した定期予防接種について証明します。
- 2 発行手数料は無料です。
- 3 申請者の自筆の場合は押印は不要です。