

英文予防接種証明書申込書

受診日	/ /	ID	-	-
カナ氏名				
氏名			性別	男 ・ 女
氏名(ローマ字)				
出生年月日(西暦)	/	/		
保護者氏名 (18歳未満は記入)				
出国予定日(西暦)	/	/		
赴任国				

① 出国までに予防接種を受ける予定はありますか？

はい

いいえ

↓ ※「はい」の方は下記をお答えください。

◎東京医科大学渡航者医療センターにて接種

予定している予防接種

◎他の医療機関にて接種

予定している予防接種

※終了しましたら、渡航者医療センターに連絡を下さい。

連絡先(郵送する場合のご連絡先)

〒 _____

TEL _____