

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 _____