

医務官確認

予防接種歴(母子手帳)に関する書簡発給申請書 (VACCINATIONS)

在モロッコ日本国大使 殿

以下のとおり証明書を発給願います。

(太枠内はローマ字でご記入下さい。)

提出日	西暦	年	月	日
申請者氏名				

氏名 Nom et Prénom	姓(Nom)	名(Prénom)		
出生地(都道府県) Lieude naissance				
生年月日(西暦) Date de naissance				
住所	(電話)			
使用目的			提出先	

予防接種の種類 (Vaccinations)		接種年月日(西暦) Date	左記以外の接種 (Autres Vaccins)	接種年月日(西暦) Date
1	三種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳) Diphthérie-Tétanos-Coqueluche	1. 2. 3. 4.		
2	ポリオ(小児麻痺) Poliomyélite(vaccin vivante)	1. 2.		
3	B.C.G			
4	麻疹 Rougeole			
5	風疹 Contre la rubéole			
6	おたふく風邪 Oreillons			
7	水疱瘡 Varicelle			
8	B型肝炎 Hépatite B	1. 2. 3.		
9	A型肝炎 Hépatite A			
10	髄膜炎 Méningocoque			
11	肺炎双球菌 Pneumocoque			
12	腸チフス Typhoïde			