

Certificate of Immunization

予 防 接 種 証 明 書

Name 氏名 _____ Date of birth 生年月日 _____ Gender 性別 _____

Record of vaccination

Vaccine ワクチン	Date and facility 接種年月日・接種医療機関		
	1 回目	2 回目	3 回目
Tetanus 破傷風			
DPT ジフテリア・百日咳・破傷風			
Rabies 狂犬病			
Hepatitis A A 型肝炎			
Hepatitis B B 型肝炎			
Japanese Encephalitis 日本脳炎			
Yellow Fever 黄熱			
Polio ポリオ			
BCG			
Measles 麻疹			
Rubella 風疹			
Varicella 水痘			
Mumps 流行性耳下腺炎			
Influenza インフルエンザ			
COVID-19 コロナウィルス			

I certify that the immunization record listed above is correct and verifiable.

上記の接種記録は間違いがないことをここに証明する。

Doctor's signature 医師署名 _____ Date : _____
日付

医療機関名 Medical Institution:

住所 Address:

電話番号 Tel:

Fax:

Email: