

在ストラスブール日本国総領事殿

以下の書簡の発給を申請します。

年 月 日

申請者氏名

住所

電話番号

使用目的

提出先

VACCINATION

母子手帳（予防接種）

ローマ字でご記入ください。

Nom et prénom :

姓 名

Date et lieu de naissance :

生年月日（西暦）及び出生地（都道府県名）

a subi aux dates suivantes les vaccinations :

contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche（三種混合：ジフテリア、破傷風、百日咳）：

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

Contre la poliomyélite ポリオ（小児麻痺）：

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
|----|----|

B.C.G. :

Contre la rougeole et la rubéole（麻疹 / 風疹）：

Contre les oreillons（おたふくかぜ）：

Contre la varicelle（水疱瘡）：

Contre la pneumocoque（小児肺炎球菌）：

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

Hib（ヒブ）：

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |