

# 予防接種証明

CERTIFICAT DE VACCINATION

◆母子手帳より翻訳。

すべてローマ字と西暦で記入して下さい。

NOM et PRENOM: 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_  
氏名

SEXE:(○で囲んで下さい。) Masculin Feminin  
性 男性 女性

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
生年月日

LIEU DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_  
出生地 (母子手帳の記載通りに記入。)

A SUBI AUX SUIVANTES LES VACCINATION : 各予防接種毎に整理して下さい。

CONTRE LA DIFTERIE, LE TETANOS et LA COQUELUCHE:ジフテリア、百日咳、破傷風の3種混合

\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 \* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 \* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 \* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年

CONTRE LA POLIOMYELITE ( vaccin vivant ): ポリオ (小児マヒ)

\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 \* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 \* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年

B.C.G. :

\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年

CONTRE LE ROUGEULE: 麻疹

\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年

CONTRE LA VARIOLE: 天然痘

\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年

CONTRE LENCEPHALITE JAPONAIS: 日本脳炎

\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年

CONTRE LA VARICELLE: 水痘

\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年

CONTRE LES OREILLONS: おたふく風邪

\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年

CONTRE RUBEOLE: 風疹

\* \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年

注文者の現在の連絡先 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
Portable \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_