

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 DIFTHÉRIE, LE TÉTANOS 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 POLIOMYÉLITE (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 L'ENCEPHALITE 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 _____