

Certificate of Immunization

予 防 接 種 証 明 書

Name _____ Date of birth _____ Gender _____
 氏名 _____ 生年月日 _____ 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 回め	2 回め	3 回め
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			

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

Doctor's signature _____ Date : _____

Medical Institution:

Address:

Tel:

Email:

Fax: