

証明書発給申請書
Application Form for Certificates

在マルセイユ総領事 殿

申請日/Date of Application 年/year 月/month 日/day

申請者 Applicant	氏名 Full Name	ローマ 字表記	(姓 Surname)		(名 Given Name)	
		漢字 表記	(姓)		(名)	
	生年月日 Date of Birth	(大正・昭和・平成・令和 年 月 日 year month day)			電話番号 Telephone	
	住所 Address					
代理人 Proxy	氏名 Full Name	(姓 Surname)			(名 Given Name)	
	住所 Address	申請者と 同じ ☐				
			電話番号 Telephone			

※代理申請の場合は申請者からの委任状が必要です ※To apply by proxy, a power of attorney must be attached.

■ 申請する証明書の名称 ☐ Type of certificates to apply

	証明書の名称 Type of certificates	必要部数 Quantity
☐	身分上の事項に関する証明	Total
	(通) (通) (通)	
	(通) (通) (通)	通
		通
☐		通
☐		通
☒	その他の証明 Others 予防接種歴の伝言書簡	Total
	(通)	通

■ 提出先及び申請理由 ☐ Destination to Submit/Reason for Application

提出先 Destination to Submit	
申請理由 Reason for Application	

注 証明書は、その発行から長い期間が経過すると、提出先によっては証明書の効力が失われてしまう場合がありますので、できるだけ早く受取りを行うようお願いします。また、お引取りのない証明書(提出された関係書類の原本を含む。)は、3年間の保管期間が経過した後、廃棄されますのでお含みおきください。

Note Please note that the certificate as well as original documents submitted will be disposed if it will not be received for three years. Please pick it up as soon as possible.

- ☐ 私は、上記注に記載された事項について了承しました。
I understand above mentioned note.

Historique des vaccinations reçues au Japon (予防接種歴)

Monsieur/Madame _____, en qualité de père/mère,
certifie que l'enfant _____,
né(e) le _____, a reçu les vaccins obligatoires suivants :

Vaccins (ワクチンの種類)	Date / Mois / Année (接種年月日 D/M/Y)
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite et Coqueluche (ジフテリア、破傷風、ポリオ、百日せき)	① / /
	② / /
	③ / /
	④ / /
Haemophilus influenzae B (インフルエンザ菌b型 <hib>)	① / /
	② / /
	③ / /
	④ / /
Pneumocoque (小児肺炎球菌)	① / /
	② / /
	③ / /
	④ / /
Hépatite B (B型肝炎)	① / /
	② / /
	③ / /
Rougeole et Rubéole (麻疹、風疹)	① / /
	② / /
Oreillons (おたふく風邪)	① / /
	② / /

Marseille, le _____