

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
Hepatitis B B 型肝炎			
Measles 麻疹			
Rubella 風疹			
Varicella 水痘			
Mumps 流行性耳下腺炎			

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

Doctor's signature _____ Date : _____

Medical Institution:

Address:

Tel:

Fax:

Email: