

## 黄熱予防接種国際証明書 再発行申請書

令和 年 月 日

医療法人財団  
神戸海星病院長 殿

申請者住所： \_\_\_\_\_

申請者氏名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

接種者との関係：  本人  代理人

黄熱予防接種国際証明書の再発行を申請します。

| 接種者氏名 | 性別 | 西暦生年月日 | パスポート表記ローマ字 | 国籍 |
|-------|----|--------|-------------|----|
|       |    |        |             |    |

郵送で受け取り希望の場合は、下記に送付先住所と氏名を記入下さい。

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

※代理人による申請、受領の場合は、委任状が必要です。

別途書式をダウンロードし、再発行申請書と共に提出して下さい。