

ワクチン接種証明書等交付申請書 B

- ・ 医師の署名が必要な場合は「ア.診断書」を、不要な場合は「イ.抗体価・ワクチン接種歴票」を発行します。
「ウ.予診票の写し」を「ア.診断書」または「イ.抗体価・ワクチン接種歴票」とともに発行することも可能です。
- ・ 申請前に発行の可否を感染管理室主事に電話で確認し、下記「事前確認」欄に✓を記入してください。
- ・ 発行には2週間程度かかります。余裕を持って申請してください。

区分	ア.診断書（医師署名 <u>必要</u> ） + ウ.予診票の写し	イ.抗体価・ワクチン接種歴票 （医師署名 <u>不要</u> ） + ウ.予診票の写し	ウ.予診票の写し
費用	1通あたり 5,500円 ^{*1} （税込）	1回あたり 550円 ^{*1} （税込）	1回あたり 550円 ^{*1} （税込）
提出先 ^{*2}	<窓口> 2階 2R 医事課窓口（生理検査室前）平日 8:30～17:00 <郵送> 〒150-8935 東京都渋谷区広尾 4-1-22 日本赤十字社医療センター2階医事課窓口宛		
提出物	①本紙「ワクチン接種証明書等交付申請書 B」 ②（郵送受取を希望する場合は）郵送先を記載したレターパックプラス		
受け渡し ^{*2}	<窓口> 2階 2R 医事課窓口 <郵送> レターパックプラス（国内発送に限る）		

*1 請求書は、窓口で手渡し、または完成文書とともに郵送。

*2 窓口で手渡しまたは郵送を選択可能。

<郵送受取のみ>レターパック保管用シール貼付欄

申請日	西暦 年 月 日	氏名が在職時と異なる場合	
フリガナ		在職時フリガナ	
氏名		在職時氏名	
生年月日	西暦 年 月 日	診察カード ID	
在職時所属		事前確認	<input type="checkbox"/> 感染管理室に電話で確認済み
連絡先	携帯電話		
現住所	〒		
発行書類	<input type="checkbox"/> ア.診断書（イ.に医師が署名したもの） × 通 <input type="checkbox"/> イ.抗体価・ワクチン接種歴票 証明事項：職員患者 ID（=診察カード ID）、職員 ID（=電子カルテ ID）、職員名、カナ名、生年月日、性、 麻疹・風しん・水痘・ムンプス（=おたふくかぜ）・HBV（=B型肝炎）の抗体検査日、検査法、抗体価、 ワクチン接種日（直近3回まで）、発行医療機関名、証明書発行日 <input type="checkbox"/> ウ.予診票の写し（接種から5年以上経過した場合は発行不可） 証明事項：診察券 ID、職員名、問診医署名、接種実施医療機関名、接種実施者名、 麻疹・風疹・MR・水痘・おたふくかぜ・B型肝炎のワクチン接種日、ワクチンロット番号		

窓口使用欄

医事課窓口は①のコピーを申請者に渡し、 感染管理室主事に①の原本を渡す→			感染管理室は発行書類と①の原本を 医事課に渡す		
医事課 受付日		感染管理室 受け取り日		医事課 受け取り日	