

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> 1 階 1C 医事課窓口（がん相談支援センターとなり） 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1 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> 1 階 1C 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	☐ 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	☐ ア.診断書（イ.に医師が署名したもの） × 通		
・申請するものに☑	☐ イ.抗体価・ワクチン接種歴票		
・ワクチンロット番号が必要な場合は「予診票の写し」に☑	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、麻しん・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		
・イ.とウ.の発行は 1 通のみ	☐ 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	