

証明書

下記の者は、心臓、腎臓、呼吸機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の為、自己の身辺の日常生活が極度に制限される程度の障害を有し、又日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する（身体障害者手帳1級またはそれに準ずる）ため、満60歳～65歳未満の高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種対象者であることを認めます。

<該当するものに○をつけて下さい>

心臓機能障害・腎臓機能障害・呼吸器障害・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

担当医師 氏名

印

住所_____

対象者 氏名

生年月日 昭和 年 月 日

満 歳

住所_____

平成 年 月 日

※上記のことを天理市に報告することに同意します。

被接種者自署