

Historique des vaccinations reçues au Japon (予防接種歴)

Monsieur/Madame _____, en qualité de père/mère,
certifie que l'enfant _____,
né(e) le _____, a reçu les vaccins obligatoires suivants :

Vaccins (ワクチンの種類)	Date / Mois / Année (接種年月日 D/M/Y)
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite et Coqueluche (ジフテリア、破傷風、ポリオ、百日せき)	① / /
	② / /
	③ / /
	④ / /
Haemophilus influenzae B (インフルエンザ菌b型 <hib>)	① / /
	② / /
	③ / /
	④ / /
Pneumocoque (小児肺炎球菌)	① / /
	② / /
	③ / /
	④ / /
Hépatite B (B型肝炎)	① / /
	② / /
	③ / /
Rougeole et Rubéole (麻疹、風疹)	① / /
	② / /
Oreillons (おたふく風邪)	① / /
	② / /

Paris, le _____