様式第六の一(第九条の二関係)

148mm

(表　面)

予防接種又は予防薬の国際証明書
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

氏名
This is to certify that [name] ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ,　生年月日 date of birth ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ,　性別 sex ＿＿＿ ,

国籍
nationality ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ,　国民識別番号(有する場合)
national identification document, if applicable ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名
whose signature follows ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この証明書は、上記の者が国際保健規則に基づき下記の日付に(疾患名又は症候名)
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against : (name of disease or condition) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

の予防接種又は予防薬の投与を受けた事を証明するものである。
in accordance with the International Health Regulations.

ワクチン又は予防薬名 Vaccine or prophylaxis	年月日 Date	接種監督医師の所属と署名 Signature and professional status of supervising clinician	ワクチン、予防薬の製造所と製造番号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	証明書の有効期間 Certificate valid from ＿＿＿ until ＿＿＿	実施機関の公印 Official stamp of administering centre

100mm

（裏　面）

この証明書は、世界保健機関により承認されたワクチン又は予防薬が使用された場合に限り有効である。
この証明書には、予防接種又は予防薬投与の実施を監督する医師又は公認の医療従事者が署名しなければならない。
この証明書には実施機関の公印が押されていなければならない。ただし公印は署名に代わるものではない。
この証明書に何らかの改変、削除、又は記入漏れがあった場合には、証明書が無効になることがある。
この証明書は、投与したワクチン又は予防薬の示す有効期間の間有効である。本証明書は、英語またはフランス語で全て記入しなければならない。本証明書中に、英語又はフランス語以外の言語を併記してもよい。

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.
This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis.
The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.
Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.
The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis.
The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.