様式第六の一を次のように改める。

様式第六の一（第九条の二関係）

（表　面）

182mm

128mm

予防接種又は予防薬の国際証明書

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

氏名　生年月日　性別

This is to certify that [name] _____ , date of birth _____ , sex _____ ,

国籍　国民識別番号(有する場合)

nationality _____ , national identification document, if applicable _____

署名　又は該当する場合

whose signature follows _____ or, if applicable:

親又は保護者の氏名　親又は保護者の署名

name of the parent or guardian _____ signature of the parent or guardian _____

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	接種監督医師の氏名又は証明書の発行若しくは実施機関を監督する責任を持つ関連当局の名称 Name of supervising clinician, or relevant authority responsible for issuing this certificate, or for overseeing the administering centre	接種監督医師の署名 Signature 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