

# 免除証明書(COE)

学校、保育所ならびに保育園の予防接種義務からの免除証明書<sup>1</sup>



DOH 348-106 Revised: 10/15/08 Japanese

子供の性: 名: ミドルイニシャル:	子供の住所:
子供の生年月日: 子供の性:	
保護者/後見人氏名:	保護者/後見人の日中の電話番号:

あなたのお子さんにあてはまる免除を下記から選んでください。

医学上の理由による一時的な免除

医学上の理由による永久的な免除

私は、本用紙に氏名が明記されている子供は、医学上の理由により以下のワクチンの予防接種を免除できることを証明します。

免除期限

ワクチン名 日付 (又は永久)

X

有資格の医療従事者(MD, DO, ND, PA, ARNP)の名前をタイプか活字体で記入してください。

X

有資格の医療従事者の署名 日付

個人的/思想的な理由による免除

宗教上の理由による免除

私は、私の子供に以下のワクチンの予防接種を希望しません。

- ジフテリア(Diphtheria)  B型肝炎 (Hepatitis B)  B型ヘモフィルス インフルエンザ(Hib)  
 はしか (Measles)  おたふく風邪 (Mumps)  百日咳 (Pertussis )  
 肺炎球菌 (Pneumococcal)  ポリオ(Polio)  風疹 (Rubella)  
 破傷風 (Tetanus)  水ぼうそう(Varicella)

その他(記載)

**保護者/後見人 通知:** 私は、ここに明記されている情報は正確で、立証可能なものであることを証明します。私は、上記にあるような医学上、または個人的あるいは宗教上の理由により、私の子供が予防接種を受けていないワクチンによる予防可能な病気が発生した場合には、私の子供はその病気にかかるリスクがあり、その病気の発生がおさまるまで、学校、保育所または保育園に**登校/登園できなくなる**ことがあることを了解します。

保護者/後見人の署名

日付

<sup>1</sup>ワシントン州法 (RCW 28A.210.080-090) では、ワシントン州の公立および私立学校、または認可をうけた保育園に入るすべての子供は、入園/入学の初日か、それ以前に以下のいずれかの証明書を提出するものと定められています。州政府健康委員会の規定により義務付けられている (1)完全な予防接種、または (2)予防接種予定表の開始と順守、あるいは (3)保護者または後見人の署名入りの予防接種免除証明書。医学上の理由による免除の場合は、有資格の医療従事者の署名が入ったものがが必要です。