

No. _____ 予防接種済証 (第 _____ 期)

住所
氏名

年 月 日生

予防接種を行った年月日

第 回 年 月 日
第 回 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
施設長名



※必ず医療機関の長の印を押してください。