

No. _____

予防接種済証

(メーカー又は製剤名) _____
(製造番号) _____

住所
氏名

年 月 日生

予防接種を行った年月日

令和 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。