

様式 3

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

印

※必ず医療機関の長の印を押してください。