

様式 3

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

埼玉県 _____ 市町村委託医療機関



※必ず医療機関の長の印を押してください。