

## 予防接種済証

被接種者の住所	
ふりがな	
被接種者の氏名	
生年月日・年齢	年 月 日生 歳
自己負担額	円

接種日	年 月 日接種
ワクチン名	
製造業者名	
ロット番号	

年 月 日

医療機関名 .....

代表者氏名又は  
接種を行った医師氏名 .....