

任意風しん予防接種実施証明書

医療機関 名 称

所在地

代表者職氏名



下記のとおり、風しんの予防接種を実施したことを証明する。

記

被 接 種 者	氏 名	
	生年月日	
予 防 接 種 日	平成 年 月 日	
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 1 麻しん風しん混合ワクチン <input type="checkbox"/> 2 風しん単独ワクチン	
予防接種費用	円	