

(参考様式)

風しん予防接種済証

被接種者の住所 _____

被接種者の氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 _____

・ 予防接種を行った年月日 平成 年 月 日

・ ワクチン名 風しん単抗原ワクチン ・ 麻しん風しん混合 (MR) ワクチン
接種したワクチンに 印

・ 製造業者

・ ロット番号

ワクチン名・製造業者・ロット番号は、ワクチン付属のシールの添付でも可。

・ 接種費用 金 円

領収金額を記載すること

平成 年 月 日

医療機関名 _____

代表者名又は

接種を行った医師名 _____ 印