

(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 年 月 日

・ 予防接種を行った年月日 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

年 月 日

医療機関名 _____

代表者名又は

接種を行った医師名 _____ 印