（参考様式）

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　　 日生

・予防接種を行った日 　　年　　 月　　 日

・ワクチン名

　※接種したワクチンに、レ印を付けてください。

□　ヒブ　　　　　　　　　　　　　　　　□　麻しん風しん（ＭＲ）

□　小児用肺炎球菌　　　　　　　　　　　□　麻しん

□　Ｂ型肝炎　　　　　　　　　　　　　　□　風しん

□　ＤＰＴ－ＩＰＶ－Ｈｉｂ（五種混合）　□　水痘

□　ＤＰＴ－ＩＰＶ（四種混合）　　　　　□　日本脳炎

□　ＤＰＴ（三種混合）　　　　　　　　　□　子宮頸がん

□　ＤＴ（二種混合）　　　　　　　　　　□　ＢＣＧ

□　不活化ポリオ

・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

※領収金額を記載してください。

 　年 　月 　 日

医療機関名

代表者名又は

　接種を行った医師名 印