

(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-I-PV-Hib (五種混合) | ☐ 水痘 |
| ☐ DPT-I-PV (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