

様式第一号（第四条第一項関係）

No. _____

_____予防接種済証(第 期)(定期)

住 所

氏 名

年 月 日生

回数	ワクチンの種類	予防接種を行った年月日	メーカー／ロット	備考
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		

年 月 日

都道府県
市区町村長 印

備考 不要の文字は抹消して用いること