様式第一号（第三条第一項関係）

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

※　デジタル形式により出力した予防接種済証を第三者に提供する場合は、電子署名（電子署名及び認証業務に関する法律（平成十二年法律第百二号）第二条第一項に規定する電子署名をいう。）の検証が可能な環境においてのみ効力を有します。

備考　不要の文字は抹消して用いること