

(様式第1号関係)

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 日生
自己負担額	円

接種日	年 月 日接種
ワクチン名	
製造業者名	
ロット番号	

年 月 日

医療機関名

代表者名又は接種
を行った医師名

印