様式第一(第四条第二項第一号関係)

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

市区町村長氏名　　印

備考　不要の文字は抹消して用いること