様式第二(第四条第二項第二号関係)

No. ＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿予防接種済証(第　期)(臨時)

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

知事又は市区町村長氏名　　印

備考　不要の文字は抹消して用いること