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