

帯状疱疹ワクチン(任意)予防接種済証

被接種者の住所 平川市

被接種者の氏名

生 年 月 日 年 月 日生

接種実施日	メーカー・ロット番号
年 月 日	

年 月 日

受託医療機関名

代 表 者 氏 名 又は
接種を行った医師名

帯状疱疹ワクチン(任意)予防接種済証

被接種者の住所 平川市

被接種者の氏名

生 年 月 日 年 月 日生

接種実施日	メーカー・ロット番号
年 月 日	

年 月 日

受託医療機関名

代 表 者 氏 名 又は
接種を行った医師名