

様式第2号（第5条、第10条関係）

带状疱疹ワクチン予防接種済証

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

種別 いずれかに○	接種実施日	メーカー・ロット番号
定期接種 任意接種	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

様式第2号（第5条、第10条関係）

带状疱疹ワクチン予防接種済証

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

種別 いずれかに○	接種実施日	メーカー・ロット番号
定期接種 任意接種	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