様式3号（第8条関係）

|  |
| --- |
| 風しんワクチン等接種済証Ｎｏ．　　　　　 被接種者の住所：八頭郡八頭町　　 　　　　　　 被接種者の氏名：　　　　　　　　　 　　　　　 生　年　月　日： 　 　 年　　月　　日生　　　　　　　　　　　　　　　　八頭町長　予防接種を行った年月日 ： 　　　　　年　　　月　　　日 　接種ワクチン名 ： 風しんワクチン麻しん風しん混合ワクチン※いずれかを「○」で囲んでください。メーカー名／ロット番号 : 　　　　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　　 　　　　　印　 |