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 |