

予防接種済証

被接種者住所	茨城県桜川市		
被接種者氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成	年	月 日生

* 予防接種を受けた方は、太枠内を記入し、予防接種を受けた医療機関で証明を受けてください。

予防接種の種類	風しん単独ワクチン ・ 麻しん風しん混合 (MR) ワクチン		
接種年月日	平成	年	月 日
接種医療機関名 及び 所在地・電話番号	㊞		