

風しん予防接種実施証明書

医療機関所在地
医療機関名称
代表者職氏名

⑩

下記のとおり、風しんの予防接種を実施したことを証明する。

記

被接種者氏名	
生年月日	
予防接種日	
ワクチンの種類	麻しん風しん混合ワクチン ・ 風しん単独ワクチン
予防接種費用	円