様式第２号（第５条関係）

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

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 |