

(川北町)

带状疱疹ワクチン定期接種済証

この接種済証は、接種したという証明になりますので、必ず保管してください。

住所

名前

様

接種年月日：令和 年 月 日

接種医師：

印

ワクチン名/ロット番号：

(川北町)

带状疱疹ワクチン定期接種済証

この接種済証は、接種したという証明になりますので、必ず保管してください。

住所

名前

様

接種年月日：令和 年 月 日

接種医師：

印

ワクチン名/ロット番号：

(川北町)

带状疱疹ワクチン定期接種済証

この接種済証は、接種したという証明になりますので、必ず保管してください。

住所

名前

様

接種年月日：令和 年 月 日

接種医師：

印

ワクチン名/ロット番号：