

第1号様式3

定期予防接種確認書

住所 _____

氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日 _____

上記の方には、下記のとおり予防接種を行いました。

種類 <small>※ワクチンごとにお書きください</small>	ロット番号 接種量	接種日	金額
	m l	平成 年 月 日	円
	m l	平成 年 月 日	円
	m l	平成 年 月 日	円
	m l	平成 年 月 日	円
	m l	平成 年 月 日	円

接種料金合計 _____ 円

平成 年 月 日

品川区長あて

医療機関名

住所

医師氏名

