

※接種済証は母子手帳を無くした方にお渡しください。

()

予防接種済証

住所

氏名

生年月日

平成・令和 年 月 日

()

予防接種を行った年月日

令和 年 月 日

医療機関名

()

予防接種済証

住所

氏名

生年月日

平成・令和 年 月 日

()

予防接種を行った年月日

令和 年 月 日

医療機関名

()

予防接種済証

住所

氏名

生年月日

平成・令和 年 月 日

()

予防接種を行った年月日

令和 年 月 日

医療機関名

()

予防接種済証

住所

氏名

生年月日

平成・令和 年 月 日

()

予防接種を行った年月日

令和 年 月 日

医療機関名