

定期予防接種確認書

住 所 _____

被接種者氏名 _____

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

上記の方に、下記のとおり予防接種を行いました。

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

接種料合計 _____ 円

年 月 日

江東区長あて

医療機関名

住 所

医師氏名

