

加賀市風疹任意予防接種済確認書

(宛先) 加賀市長

接種対象者	住 所	加賀市		
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	

接種内容	予防接種の種類 (☑ する)	<input type="checkbox"/> 風疹単抗原ワクチン <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合ワクチン		
	接 種 日	年 月 日		
	接 種 費 用	円		

上記のとおり、風疹任意予防接種を実施しました。

年 月 日

接種医療機関名

_____ (印)