

様式第一（第四条第二項第一号関係）

No. _____	_____	予防接種済証（第 期）（定期）
		住 所
		氏 名
		年 月 日生
予防接種を行った年月日		
第 回	年 月 日	
第 回	年 月 日	
第 回	年 月 日	
第 回	年 月 日	
年 月 日		
	都道府県	
	市区町村長氏名	
		印

備考 不要の文字は抹消して用いること