

带状疱疹予防接種済証

被接種者の住所 美浦村 _____

被接種者の氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

1回目	
ワクチン名 ※該当する方に☑	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン) <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)
接種日	
製造業者名・ロット番号	
医療機関名・代表者氏名または接種を行った医師名	

2回目 (不活化ワクチンの場合のみ)	
ワクチン名	乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)
接種日	
製造業者名・ロット番号	
医療機関名・代表者氏名または接種を行った医師名	

※これは任意の様式です。病院に備え付けの接種済証がある場合、こちらを使用する必要はありません。