

風しんワクチン予防接種済証明書

被接種者住所

被接種者氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日生

① MR(麻疹・風疹)ワクチン 接種日 令和 年 月 日

接種費用 円

② 風しん単独ワクチン 接種日 令和 年 月 日

接種費用 円

天理市長様

上記の方について、当院で風しんワクチン予防接種を実施した
ことを証明します。

令和 年 月 日

実施医療機関

医療機関所在地

医療機関名

代表者氏名

印