

(様式第2号)

風しん予防接種証明書	
接種者名	T・S・H 年 月 日生 歳
住所	〒 - 八代市
電話番号	自宅 - - 携帯電話 - -
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン <input type="checkbox"/> 風しんワクチン <small>※接種したワクチンにチェックをお願いします。</small>
接種日	令和 年 月 日
接種医療機関	
接種医師名	
接種費用	円 <small>※領収金額と同額</small>
上記のとおり証明します。 年 月 日  (医療機関) 所在地 名称 氏名 <span style="float: right;">印</span>	