

# 予防接種記録票 (医療機関用)

足立区

(医療機関キリトリ)

下の予防接種記録票は母子健康手帳を忘れた方にのみ発行してください

## 予防接種記録票

右の枠で切り取って母子健康手帳の予防接種記録のページの所定の欄に貼り付けてください。

被接種者氏名

保護者キリトリ

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

(医療機関キリトリ)

下の予防接種記録票は母子健康手帳を忘れた方にのみ発行してください

## 予防接種記録票

右の枠で切り取って母子健康手帳の予防接種記録のページの所定の欄に貼り付けてください。

被接種者氏名

保護者キリトリ

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

(医療機関キリトリ)

下の予防接種記録票は母子健康手帳を忘れた方にのみ発行してください

## 予防接種記録票

右の枠で切り取って母子健康手帳の予防接種記録のページの所定の欄に貼り付けてください。

被接種者氏名

保護者キリトリ

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

(医療機関キリトリ)

下の予防接種記録票は母子健康手帳を忘れた方にのみ発行してください

## 予防接種記録票

右の枠で切り取って母子健康手帳の予防接種記録のページの所定の欄に貼り付けてください。

被接種者氏名

保護者キリトリ

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

(医療機関キリトリ)

下の予防接種記録票は母子健康手帳を忘れた方にのみ発行してください

## 予防接種記録票

右の枠で切り取って母子健康手帳の予防接種記録のページの所定の欄に貼り付けてください。

被接種者氏名

保護者キリトリ

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

(医療機関キリトリ)

下の予防接種記録票は母子健康手帳を忘れた方にのみ発行してください

## 予防接種記録票

右の枠で切り取って母子健康手帳の予防接種記録のページの所定の欄に貼り付けてください。

被接種者氏名

保護者キリトリ

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

(医療機関キリトリ)

下の予防接種記録票は母子健康手帳を忘れた方にのみ発行してください

## 予防接種記録票

右の枠で切り取って母子健康手帳の予防接種記録のページの所定の欄に貼り付けてください。

被接種者氏名

保護者キリトリ

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks