

和歌山市風しん予防対策事業
予防接種済証(麻しん・風しん混合ワクチン)

住所 和歌山市 _____

被接種者名 _____

生年月日 年 月 日 (歳) _____

接種場所・医師名
接種年月日
ロット番号