

予防接種確認証

【対象者】

被接種者住所		
被接種者氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生	

東松島市造血幹細胞移植後ワクチン再接種実施報告（請求）のため、接種ワクチン名等について確認したく、下記事項について記入方お願いいたします。

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

記

※医療機関記入

予防接種の種類	接種年月日	接種料金
接種医療機関名 及び 所在地・電話番号	⑩	