

帯状疱疹予防接種済証

住 所	猪苗代町 字		
ふりがな 氏 名		男 ・ 女	
生年月日	大正・昭和	年	月 日（ 歳）
予防接種を行った年月日		令和	年 月 日
使用 ワク チン 名等	帯状疱疹 感染症ワクチン Lot No. _____	実施医療機関名・医師名	
		印	