

(様式21)

栃木市個別予防接種済証

住 所	栃木市 町		
氏 名			男 ・ 女
生年月日	年	月	日生 (満 才 か月)

1. 予防接種の種類 (該当するものを○で囲んでください)

1. 麻しん風しん混合 (1期 ・ 2期)	
2. 麻しん	3. 風しん
4. 三種混合 (1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 1期追加)	
5. 日本脳炎 (1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 1期追加 ・ 2期)	
6. 二種混合	
7. 急性灰白髄炎 (ポリオ) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目)	
8. BCG	
9. ヒブ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)	
10. 小児用肺炎球菌 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)	
11. 子宮頸がん予防 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)	
12. 水痘 (1回目 ・ 2回目)	
13. B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)	
14. ロタウイルス (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)	
15. 五種混合 (1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 1期追加)	
16. RSウイルス	

2. 予防接種を行った年月日

令和 年 月 日

3. 使用ワクチン

メーカー名 _____

ロットNo. _____

用 量 _____ ml

上記のとおり実施したことを証明します。

栃木県 栃木市長



令和 年 月 日

実施医療機関所在地.....

実施医療機関名.....

実施医師名.....