



定期予防接種確認書

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の方には、下記のとおり予防接種を行いました。

種類 <small>※ワクチンごとにお書きください</small>	ロット番号 接種量	接種日	金額
	m l	年 月 日	円
	m l	年 月 日	円
	m l	年 月 日	円
	m l	年 月 日	円
	m l	年 月 日	円

接種料金合計 _____ 円

年 月 日

新宿区長あて

医療機関名

住 所

医師氏名