麻しん・風しん混合予防接種済証

住　所	
氏　名	
生年月日	年　　月　　日生

予防接種を行った年月日

年　　月　　日

Lot　No.

医療機関住所

医療機関名称

接種医師氏名　　印

麻しん・風しん混合予防接種済証

住　所	
氏　名	
生年月日	年　　月　　日生

予防接種を行った年月日

年　　月　　日

Lot　No.

医療機関住所

医療機関名称

接種医師氏名　　印