

|       |   |  |                |  |
|-------|---|--|----------------|--|
| 医師記入欄 | ワクチン名・ロット番号   | 接種量  | 実施場所・医師名・接種年月日 | ※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。  |
|       | シール貼付位置   | <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>ml</div> | 実施場所           | 医療機関等コード   |
|       | ※枠に合わせて <u>まっすぐ</u> に<br>貼り付けてください<br><br>(注)有効期限が切れていないか確認 |  | 医師名            | 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日<br><div> <div>2</div> <div>0</div> <div>2</div> <div></div> </div> 年 <div> <div></div> <div></div> </div> 月 <div> <div></div> <div></div> </div> 日 |