

_____ 予防接種済証（第 期 第 回）（定期）	
住所	熊本市.....
氏名	.....
生年月日	.....年.....月.....日生
上記の者に対して予防接種を行った年月日	
	令和.....年.....月.....日.....
メーカー/ロット	.....有効期限.....年.....月.....日.....
熊本市の委託により予防接種を行った医療機関名	
	.....
令和	年 月 日
	熊本市

注意： 国の定める様式では、有効期限の記載義務はありませんが、子どもの予防接種においては、可能な限り記載をお願いいたします。（親子（母子）健康手帳の記載に準じるため。）