（別紙様式１）

|  |
| --- |
| No　　　　　　　 高齢者の帯状疱疹予防接種済証　　　　長井市（　乾燥弱毒生水痘ワクチン　・　乾燥組換え帯状疱疹ワクチン　１回目　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２回目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生　　　予防接種を行った年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　山形県長井市長委託医　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関・施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　 |

備考　１　　この用紙は、日本産業規格Ａ列４番とすること。

（別紙様式１）

|  |
| --- |
| No　　　　　　　 高齢者の帯状疱疹予防接種済証　　　　長井市（　乾燥弱毒生水痘ワクチン　・　乾燥組換え帯状疱疹ワクチン　１回目　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２回目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生　　　予防接種を行った年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　山形県長井市長委託医　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関・施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　 |

備考　１　　この用紙は、日本産業規格Ａ列４番とすること。