

No	予防接種済証 (第 期)
	住所 大蔵村大字
	氏 名
	年 月 日生
予防接種を行った年月日	
年 月 日	
年 月 日	
	山形県大蔵村長委託医
	住 所
	医療機関・施設名
	医 師 名
	㊟

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。