様式第3号(第8条関係)

|  |
| --- |
| 新型コロナウイルスワクチン予防接種済証　No.　　　　被接種者の住所　　川根本町　　　　　　　　　　被接種者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日生　予防接種を行った年月日　　　　　　　年　　　月　　　日接種回数　　　　　　　　　　1回　・　2回※どちらかを「○」で囲んでください。ワクチン名製造業者名ロット番号年　　月　　日　　受託医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名又は　　　　　　　　　　　　　　　　　接種を行った医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 　 |

|  |
| --- |
| 領収書年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　様領収金額　　　　　　　　　　　円新型コロナウイルスワクチン予防接種料上記のとおり領収いたしました。　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |