

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 _____	