**圏域外（広域）の帯状疱疹ワクチン接種済証明書**

※県内の各医療機関様へお願いします。

圏域外（広域）の高齢者等の帯状疱疹ワクチン接種を受けられた方には、左記の予防接種済証明書の交付をお願いします。

帯状疱疹ワクチン接種を下記のとおり実施したことを証します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者 | 氏名： |
| 生年月日：  　　　年　　　　月　　　　日 |
| 接種年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 製薬会社名 |  |
| ワクチン  Lot No. |  |
| 接種量 | 0.5mL |
| 実施医療機関名 |  |