様式第1号（第6条関係）

|  |
| --- |
| ＮＯ．　　　　　**（定期接種）****帯状疱疹ワクチン定期予防接種済証**住所　阿蘇郡産山村大字氏名（　　　　年　　月　　日生）予防接種を行った年月日公印省略　　　　　年　　月　　日産山村長　　市原　正文実施医療機関　　産山村診療所医師 |