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 |