

田村市任意風しん抗体検査・風しん予防接種済証

接 種 者	住 所	田村市			
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	年齢 歳
該当のところを○ で囲んでください。		1. 風しん抗体検査 2. MR ワクチン 3. 風しんワクチン		抗体価	HI抗体
				結果数値	EIA 価
				ロット番号	
検査を行った日	年	月	日	金 額	円
接種を行った日	年	月	日	金 額	円
実施医療機関名 代表者名		印 年 月 日			