

帯状疱疹予防接種実施報告書

年 月 日 報告

様

所 在 地

医療機関名

職 氏 名

年 月実施した帯状疱疹予防接種について関係書類をそえて
報告します。

添付書類

接種券 _____枚

予診票 _____枚

うち（60～64歳 _____人）