

様式第2号(第5条関係)

ジフテリア百日せき破傷風混合予防接種領収書

年 月 日

(保護者)

様

下記のとおり、ジフテリア百日せき破傷風混合予防接種を実施し、その費用を領収したことを証明します。

記

被 接 種 者 氏 名	
予 防 接 種 の 種 類	D P T
接 種 年 月 日	年 月 日
接 種 金 額	円
実施医療機関名 住 所 氏 名	

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。