

琴平町 2025年度 定期予防接種委託料請求書

金 円也

ただし、令和 年 月分 予防接種委託料として

	種 別	単 価	件 数	金 額
内 訳	ロタウイルス(ロタリックス:1価)	14,600円	件	円
	ロタウイルス(ロタテック:5価)	9,200円	件	円
	B 型 肝 炎	5, 600円	件	円
	ヒ ブ	7, 800円	件	円
	小 児 肺 炎 球 菌 (15価)	10, 900円	件	円
	小 児 肺 炎 球 菌 (20価)	11, 100円	件	円
	五 種 混 合	19, 200円	件	円
	四 種 混 合	10, 200円	件	円
	B C G	12, 800円	件	円
	麻 疹・風 疹 混 合 (1期)	12, 300円	件	円
	麻 疹・風 疹 混 合 (2期)	10, 900円	件	円
	水 痘	9, 200円	件	円
	日 本 脳 炎 1 期 (7歳6か月未満)	6, 900円	件	円
	日 本 脳 炎 特例1期 (9歳以上)	6, 300円	件	円
	日 本 脳 炎 2期、特例2期	7, 000円	件	円
	子 宮 頸 が ん (サーバリックス:2価、ガーダシル:4価)	16, 000円	件	円
	子 宮 頸 が ん(シルガード9:9価)	29, 100円	件	円
	麻 疹	8, 600円	件	円
	風 疹	8, 600円	件	円
	三 種 混 合	4, 600円	件	円
	二 種 混 合 (2期)	4, 900円	件	円
	不 活 化 ポ リ オ	9, 000円	件	円
振 込 先	口座名義(フリガナ)	銀 行 名		口座番号
		銀 行 支 店		普 通 当 座

上 記 の と お り 請 求 い た し ま す。

令和 年 月 日
請 求 者 住 所

氏 名

印

琴 平 町 長 様

医療機関名

医師 氏名

印

(ロ タ) ロタリックス 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
2		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
3		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
4		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
5		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
6		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
7		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
8		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
9		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
10		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
11		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
12		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
13		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
14		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
15		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
16		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
17		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
18		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
19		・ ・	1 ・ 2	・ ・			
20		・ ・	1 ・ 2	・ ・			

医療機関名

医師 氏名

印

(ロ タ) ロタテック 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
2		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
3		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
4		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
5		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
6		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
7		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
8		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
9		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
10		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
11		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
12		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
13		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
14		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
15		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
16		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
17		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
18		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
19		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
20		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			

医療機関名

医師 氏名

印

（ B型肝炎 ） 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
2		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
3		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
4		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
5		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
6		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
7		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
8		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
9		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
10		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
11		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
12		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
13		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
14		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
15		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
16		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
17		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
18		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
19		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			
20		・ ・	1 ・ 2 ・ 3	・ ・			

医療機関名

医師 氏名

印

（ヒブ） 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
2		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
3		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
4		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
5		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
6		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
7		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
8		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
9		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
10		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
11		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
12		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
13		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
14		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
15		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
16		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
17		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
18		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
19		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
20		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			

令和 年 月分

医療機関名

医師 氏名

印

(小兒肺炎球菌) 15価 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
2		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
3		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
4		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
5		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
6		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
7		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
8		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
9		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
10		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
11		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
12		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
13		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
14		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
15		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
16		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
17		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
18		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
19		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
20		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			

接種回数 1:初回1回目 2:初回2回目 3:初回3回目 4:追加

初回1回目(名) 初回2回目(名) 初回3回目(名) 追加(名) 合計(名)

令和 年 月分

医療機関名

医師 氏名

印

(小兒肺炎球菌) 20価 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
2		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
3		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
4		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
5		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
6		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
7		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
8		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
9		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
10		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
11		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
12		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
13		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
14		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
15		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
16		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
17		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
18		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
19		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
20		・ ・	1・2・3・4	・ ・			

接種回数 1:初回1回目 2:初回2回目 3:初回3回目 4:追加

初回1回目(名) 初回2回目(名) 初回3回目(名) 追加(名) 合計(名)

平町

チ ン
有効年月日

平町

チ ン
有効年月日

令和 年 月分

医療機関名

医師 氏名

印

(B C G) 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
				メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・	・			
2		・	・			
3		・	・			
4		・	・			
5		・	・			
6		・	・			
7		・	・			
8		・	・			
9		・	・			
10		・	・			
11		・	・			
12		・	・			
13		・	・			
14		・	・			
15		・	・			
16		・	・			
17		・	・			
18		・	・			
19		・	・			
20		・	・			

合計(_____ 名)

医師 氏名 _____ 印 _____

番号	被接種者名	生年月日	期	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1期	・ ・			
2		・ ・	1期	・ ・			
3		・ ・	1期	・ ・			
4		・ ・	1期	・ ・			
5		・ ・	1期	・ ・			
6		・ ・	1期	・ ・			
7		・ ・	1期	・ ・			
8		・ ・	1期	・ ・			
9		・ ・	1期	・ ・			
10		・ ・	1期	・ ・			
11		・ ・	1期	・ ・			
12		・ ・	1期	・ ・			
13		・ ・	1期	・ ・			
14		・ ・	1期	・ ・			
15		・ ・	1期	・ ・			
16		・ ・	1期	・ ・			
17		・ ・	1期	・ ・			
18		・ ・	1期	・ ・			
19		・ ・	1期	・ ・			
20		・ ・	1期	・ ・			

合計(名)

医師 氏名

印

番号	被接種者名	生年月日	期	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1期	・ ・			
2		・ ・	1期	・ ・			
3		・ ・	1期	・ ・			
4		・ ・	1期	・ ・			
5		・ ・	1期	・ ・			
6		・ ・	1期	・ ・			
7		・ ・	1期	・ ・			
8		・ ・	1期	・ ・			
9		・ ・	1期	・ ・			
10		・ ・	1期	・ ・			
11		・ ・	1期	・ ・			
12		・ ・	1期	・ ・			
13		・ ・	1期	・ ・			
14		・ ・	1期	・ ・			
15		・ ・	1期	・ ・			
16		・ ・	1期	・ ・			
17		・ ・	1期	・ ・			
18		・ ・	1期	・ ・			
19		・ ・	1期	・ ・			
20		・ ・	1期	・ ・			

合計(名)

医師 氏名 _____ 印 _____

番号	被接種者名	生年月日	期	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	2期	・ ・			
2		・ ・	2期	・ ・			
3		・ ・	2期	・ ・			
4		・ ・	2期	・ ・			
5		・ ・	2期	・ ・			
6		・ ・	2期	・ ・			
7		・ ・	2期	・ ・			
8		・ ・	2期	・ ・			
9		・ ・	2期	・ ・			
10		・ ・	2期	・ ・			
11		・ ・	2期	・ ・			
12		・ ・	2期	・ ・			
13		・ ・	2期	・ ・			
14		・ ・	2期	・ ・			
15		・ ・	2期	・ ・			
16		・ ・	2期	・ ・			
17		・ ・	2期	・ ・			
18		・ ・	2期	・ ・			
19		・ ・	2期	・ ・			
20		・ ・	2期	・ ・			

合計(名)

印

番号	被接種者名	生年月日	期	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	2期	・ ・			
2		・ ・	2期	・ ・			
3		・ ・	2期	・ ・			
4		・ ・	2期	・ ・			
5		・ ・	2期	・ ・			
6		・ ・	2期	・ ・			
7		・ ・	2期	・ ・			
8		・ ・	2期	・ ・			
9		・ ・	2期	・ ・			
10		・ ・	2期	・ ・			
11		・ ・	2期	・ ・			
12		・ ・	2期	・ ・			
13		・ ・	2期	・ ・			
14		・ ・	2期	・ ・			
15		・ ・	2期	・ ・			
16		・ ・	2期	・ ・			
17		・ ・	2期	・ ・			
18		・ ・	2期	・ ・			
19		・ ・	2期	・ ・			
20		・ ・	2期	・ ・			

合計(名)

医療機関名

印

（水 痘） 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1・2	・ ・			
2		・ ・	1・2	・ ・			
3		・ ・	1・2	・ ・			
4		・ ・	1・2	・ ・			
5		・ ・	1・2	・ ・			
6		・ ・	1・2	・ ・			
7		・ ・	1・2	・ ・			
8		・ ・	1・2	・ ・			
9		・ ・	1・2	・ ・			
10		・ ・	1・2	・ ・			
11		・ ・	1・2	・ ・			
12		・ ・	1・2	・ ・			
13		・ ・	1・2	・ ・			
14		・ ・	1・2	・ ・			
15		・ ・	1・2	・ ・			
16		・ ・	1・2	・ ・			
17		・ ・	1・2	・ ・			
18		・ ・	1・2	・ ・			
19		・ ・	1・2	・ ・			
20		・ ・	1・2	・ ・			

医師 氏名

印

番号	被接種者名	生年月日	何 期	何 回 目	接種年月日	使 用 ワ ク チ	
						メーカー	ロットNo
1		・			・		
2		・			・		
3		・			・		
4		・			・		
5		・			・		
6		・			・		
7		・			・		
8		・			・		
9		・			・		
10		・			・		
11		・			・		
12		・			・		
13		・			・		
14		・			・		
15		・			・		
16		・			・		
17		・			・		
18		・			・		
19		・			・		
20		・			・		

1期初回1回目(名) 1期初回2回目(名) 1期追加(名)

合計(

医師 氏名

印

番号	被接種者名	生年月日	何 期	何 回 目	接種年月日	使 用 ワ ク チ	
						メーカー	ロットNo
1		・			・		
2		・			・		
3		・			・		
4		・			・		
5		・			・		
6		・			・		
7		・			・		
8		・			・		
9		・			・		
10		・			・		
11		・			・		
12		・			・		
13		・			・		
14		・			・		
15		・			・		
16		・			・		
17		・			・		
18		・			・		
19		・			・		
20		・			・		

特例1期1回目(名) 特例1期2回目(名) 特例1期追加(名)

合計(

医師 氏名

印

番号	被接種者名	生年月日	何 期	何 回 目	接種年月日	使 用 ワ ク チ	
						メーカー	ロットNo
1		・			・		
2		・			・		
3		・			・		
4		・			・		
5		・			・		
6		・			・		
7		・			・		
8		・			・		
9		・			・		
10		・			・		
11		・			・		
12		・			・		
13		・			・		
14		・			・		
15		・			・		
16		・			・		
17		・			・		
18		・			・		
19		・			・		
20		・			・		

2期(名) 特例2期(名)

合計(

令和 年 月分

琴 平 町

医療機関名

医師 氏名

印

(二種混合) 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	期	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	2期	・ ・			
2		・ ・	2期	・ ・			
3		・ ・	2期	・ ・			
4		・ ・	2期	・ ・			
5		・ ・	2期	・ ・			
6		・ ・	2期	・ ・			
7		・ ・	2期	・ ・			
8		・ ・	2期	・ ・			
9		・ ・	2期	・ ・			
10		・ ・	2期	・ ・			
11		・ ・	2期	・ ・			
12		・ ・	2期	・ ・			
13		・ ・	2期	・ ・			
14		・ ・	2期	・ ・			
15		・ ・	2期	・ ・			
16		・ ・	2期	・ ・			
17		・ ・	2期	・ ・			
18		・ ・	2期	・ ・			
19		・ ・	2期	・ ・			
20		・ ・	2期	・ ・			

合計(名)

令和 年 月分

琴 平 町

医療機関名

医師 氏名

印

(子宮頸がん) サーバリックス・ガーダシル 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					ワクチン名	ロットNo	有効年月日
1		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
2		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
3		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
4		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
5		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
6		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
7		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
8		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
9		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
10		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
11		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
12		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
13		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
14		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		
15		. .	1・2・3	. .	サーバリックス ガーダシル		

接種回数 1 : 1回目 2: 2回目 3: 3回目

1回目(名) 2回目(名) 3回目(名)

合計(名)

琴 平 町

医師 氏名 _____ 印 _____

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1・2・3	・ ・			
2		・ ・	1・2・3	・ ・			
3		・ ・	1・2・3	・ ・			
4		・ ・	1・2・3	・ ・			
5		・ ・	1・2・3	・ ・			
6		・ ・	1・2・3	・ ・			
7		・ ・	1・2・3	・ ・			
8		・ ・	1・2・3	・ ・			
9		・ ・	1・2・3	・ ・			
10		・ ・	1・2・3	・ ・			
11		・ ・	1・2・3	・ ・			
12		・ ・	1・2・3	・ ・			
13		・ ・	1・2・3	・ ・			
14		・ ・	1・2・3	・ ・			
15		・ ・	1・2・3	・ ・			
16		・ ・	1・2・3	・ ・			
17		・ ・	1・2・3	・ ・			
18		・ ・	1・2・3	・ ・			
19		・ ・	1・2・3	・ ・			
20		・ ・	1・2・3	・ ・			

1回目(名) 2回目(名) 3回目(名) 合計(名)

医療機関名

医師 氏名

印

(不活化ポリオ) 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
2		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
3		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
4		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
5		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
6		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
7		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
8		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
9		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
10		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
11		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
12		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
13		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
14		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
15		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
16		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
17		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
18		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
19		・ ・	1・2・3・4	・ ・			
20		・ ・	1・2・3・4	・ ・			

接種回数 1: 1期1回目 2: 1期2回目 3: 1期3回目 4: 1期追加

1期1回目(名) 1期2回目(名) 1期3回目(名) 1期追加(名) 合計(名)

令和 年 月分

琴 平 町

医療機関名

医師 氏名

印

(三種混合) 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	接種回数	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
2		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
3		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
4		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
5		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
6		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
7		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
8		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
9		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
10		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
11		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
12		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
13		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
14		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
15		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
16		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
17		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
18		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
19		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			
20		・ ・	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	・ ・			

接種回数 1 : 1期1回目 2 : 1期2回目 3 : 1期3回目 4 : 1期追加

1期1回目(名) 1期2回目(名) 1期3回目(名) 1期追加(名) 合計(名)

令和 年 月分

琴 平 町

医療機関名

医師 氏名

印

(麻しん) 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	期	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・		・ ・			
2		・ ・		・ ・			
3		・ ・		・ ・			
4		・ ・		・ ・			
5		・ ・		・ ・			
6		・ ・		・ ・			
7		・ ・		・ ・			
8		・ ・		・ ・			
9		・ ・		・ ・			
10		・ ・		・ ・			
11		・ ・		・ ・			
12		・ ・		・ ・			
13		・ ・		・ ・			
14		・ ・		・ ・			
15		・ ・		・ ・			
16		・ ・		・ ・			
17		・ ・		・ ・			
18		・ ・		・ ・			
19		・ ・		・ ・			
20		・ ・		・ ・			

合計(名)

令和 年 月分

琴 平 町

医療機関名

医師 氏名

印

(風しん) 被接種者名簿

番号	被接種者名	生年月日	期	接種年月日	使 用 ワ ク チ ン		
					メーカー	ロットNo	有効年月日
1		・ ・		・ ・			
2		・ ・		・ ・			
3		・ ・		・ ・			
4		・ ・		・ ・			
5		・ ・		・ ・			
6		・ ・		・ ・			
7		・ ・		・ ・			
8		・ ・		・ ・			
9		・ ・		・ ・			
10		・ ・		・ ・			
11		・ ・		・ ・			
12		・ ・		・ ・			
13		・ ・		・ ・			
14		・ ・		・ ・			
15		・ ・		・ ・			
16		・ ・		・ ・			
17		・ ・		・ ・			
18		・ ・		・ ・			
19		・ ・		・ ・			
20		・ ・		・ ・			

合計(名)