

(参考様式)

接 種 痕 意 見 書

以下の者について、種痘又はＢＣＧの接種痕を認めたことを報告する。

報告年月日 年 月 日

医師の氏名 印

(署名又は記名の上、押印のこと)

病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地

電話番号 () -

1 患者氏名	2 性別	3 生年月日
	男・女	年 月 日
4 患者住所		
電話 () -		
5 接種痕のある部位に×印を記入願います		6 備考
		