

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 平成 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	
		