予防接種の記録 (Vaccination Record)

氏名		生年月日		
Name	1	Date of Birth		
住所			性別	
Address			Sex	

全部確認(Full Vaccination Confirmation)

予防接種名(Vaccination)		接種日(Date of Vaccination)		

上記のとおり相違ないことを確認しました。

I confirm that the Vaccination record of the individual named above has been officially registered.

発行年月日

前橋市 保健予防課

Date of issue

群馬県前橋市朝日町3丁目36-17 前橋市保健所