

使用ワクチン名		接種部位・量	実施場所・医師名・接種年月日						
ワクチン名		(皮下接種) 右 ・ 左	医療機関名						
Lot No.			医 師 名						
有効期限		0.5 ml	接種年月日	令和	年	月	日	時	分