

ワクチン接種実績報告書

月接種分

※接種した月ごとに分けて提出してください

提出日：令和 年 月 日

4

医療機関コード
医療機関名
T E L
F A X
代表者職氏名 職： 氏名：

ワクチン廃棄量

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

ファイザー	本 (バイアル)
武田/モデルナ	本 (バイアル)

※未開封のバイアルを有効期間切れ等の理由により廃棄した、
又は開封したものの1回も接種をせずに廃棄したバイアル本数を記入して
ください。

1回でも使用したバイアルは記入する必要はありません。