

予防接種手帳

接種券・予診票綴



お子さんの名前	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	大洲市
電 話	()
保 護 者 氏 名	

- ◆ この手帳は、大洲市の住民以外の方は使用できません。
転出の際は、お返してください。
- ◆ この手帳は金券になるので、再発行はいたしません。
大切にしてください。

大 洲 市