

【別紙様式 1】 ポリオ定期予防接種者数報告書（医療機関用）

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 市 町 村 名 : | |
| 医療機関名 : | |
| 報 告 期 間 : | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
| ワクチンの種類 | 接種者数（延べ人数） |
| （単独の）不活化ポリオワクチン | 人 |
| 沈降精製百日せきジフテリア破傷風 不活化ポリオ混合ワクチン | 人 |