

証明書

科

号

住所

氏名



出生年月日

明治・大正・昭和・平成

年

月

日生

才

平成21年 11月1日

季節型人カエル等の予防接種
接種されました。

上記のとおり証明いたします

平成21年11月1日

住所称号

横浜市青葉区新石川2-15-11
医療法人社団高田内科胃腸科医院
電話045(901)2348番
高田 亮



医師

印