

年 月 日

神 奈 川 県 知 事 殿

住所

氏名

印

国 有 ワ ク チ ン 等 受 領 書

年 月 日付けで供給申請しました国有ワクチン等については、次のとおり受領しました。

1 品 名

2 数 量

3 ロ ッ ト 番 号

4 有 効 期 限 年 月 日

5 受 領 年 月 日 年 月 日