

.....
Pieczęć placówki

Zużycie preparatów szczepionkowych za okres kw. 2018r.

Lp.	Imię i nazwisko adres dziecka	Data urodzenia	Szczepionka p/Streptococcus pneumoniae inj. 1 dawka		Szczepionka p/Ospie wietrznej inj. 1 dawka data szczepienia, nr serii, data ważności
			która to dawka w życiu dziecka	data szczepienia, nr serii, data ważności	

UWAGA: potwierdzenia rozpoznania zgodnie z Rozporządzeniem przez lekarz specjalistę dołączyć do historii choroby.

.....
(podpis kierownika placówki)