



D. 狂犬病予防接種/Rabies vaccination

注：枠毎に全ての欄を記入してください (Please fill in all the blanks.)

	予防接種の日付 (年月日) Date of vaccination (yy/mm/dd)	ワクチンの製品名 及び製造製薬会社 Name of product and manufacturer	獣医師の氏名、住所、電話番号 及び署名 Name, address, Tel and signature of veterinarian
	ワクチンの有効免疫期間※(年) (該当するものを○でかこんでください。) Valid period(year) of vaccination ※ (circle the appropriate)	製品番号 LOT.NO.	
4	2025/4/22	NISSEIKEN CORPORATION	TETSUYA KANEKO 5-2 Kurisaki, Honjo Saitama 367-0032 JAPAN TEL 0495-24-7911 Ver No. 60530 
	1年(y), 2年(y), 3年(y) (その他(other) 年(y))	RABIES TC VACCINE 24-1	
5	2025/5/25	NISSEIKEN CORPORATION	TETSUYA KANEKO 5-2 Kurisaki, Honjo Saitama 367-0032 JAPAN TEL 0495-24-7911 Ver No. 60530 
	1年(y), 2年(y), 3年(y) (その他(other) 年(y))	RABIES TC VACCINE 24-3	
6			
	1年(y), 2年(y), 3年(y) (その他(other) 年(y))		

※ 製造会社の説明書にある予防注射の有効免疫期間をもとに算出した期間
 ※ End of immunity calculated by reference to the validity period of the vaccine as stated on the manufacturer's data sheet