

インフルエンザ予防接種済証

住 所 会津坂下町 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

予防接種を行った年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ロ ッ ト 番 号

実 施 機 関 名

実 施 医 師 名

印

*この予防接種済証はご自分で大切に保管してください。