

インフルエンザ／新型コロナ 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 令和 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。

インフルエンザ／新型コロナ 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 令和 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。