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 実施機関名 実施医師名

*この予防接種済証はご自分で大切に保管してください。

様式第2号

	・エンザ/新型コ I	コナー予防技	接種済証	
<u>住</u> <u>所</u> <u>会津</u> 氏 名	文下町			
生年月日	年 月	日生		
予防接種を行っ	た年月日 令和	1 年	月	日
	ロット番号			
	実 施 機 関 名			
	実施医師名			

^{*}この予防接種済証はご自分で大切に保管してください。