

(別紙様式 5)

新型インフルエンザ予防接種済証

No. _____

被接種者の住所 _____

被接種者の氏名 _____

生 年 月 日 年 月 日生

接種対象者の範囲 ※該当する接種対象者の範囲を○で囲んでください。

医療従事者 ・ 基礎疾患を有する者 ・ 妊婦

1 歳～小学校 3 年生 ・ 1 歳未満の小児の両親

優先接種対象者のうち身体的な理由により予防接種が受けられない

者の保護者等 ・ 小学 4 年生～ 6 年生 ・ 中学生

高校生の年齢に該当する者 ・ 65 歳以上の者

上記以外の者

予防接種を行った年月日

接種回数 (1 回目 ・ 2 回目) ※どちらかを「○」で囲んでください。

接種年月日 平成 年 月 日

ロット番号

メーカー名

平成 年 月 日

受託医療機関名 _____

代表者氏名 _____ 印

