

(別紙様式4)

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

予防接種を行った年月日 平成 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。

ワクチン名

製造業者名

ロット番号

平成 年 月 日

受託医療機関名 _____

代表者氏名 又は

接種を行った医師名 _____ 印