

音更町インフルエンザ予防接種済証

被接種者の住所 _____

被接種者の氏名 _____

生 年 月 日 年 月 日生

1 接種年月日 年 月 日

2 ワクチン名

3 ロット番号

4 メーカー名

年 月 日

医療機関名 _____

代表者氏名又は

接種を行った医師名 _____

（署名又は記名・押印）