

様式 3

No. _____

インフルエンザ予防接種済証

住所
氏名

年 月 日生

予防接種を行った年月日

令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名
所 在 地
電 話 番 号
施 設 長 名



※必ず医療機関の長の印を押してください。