

(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