

(様式1)

## 昭和村高齢者インフルエンザ予防接種済証

住所 昭和村大字

氏名

生年月日 M  
T 年 月 日生  
S

予防接種を行った年月日 平成 年 月 日

ワクチン名

製造業者名

ロット番号

実施医療機関等名

実施医師名

印

----- 切 ----- り ----- 取 ----- り ----- 線 -----

(様式1)

## 昭和村高齢者インフルエンザ予防接種済証

住所 昭和村大字

氏名

生年月日 M  
T 年 月 日生  
S

予防接種を行った年月日 平成 年 月 日

ワクチン名

製造業者名

ロット番号

実施医療機関等名

実施医師名

印