

No	<u>インフルエンザ予防接種済証</u>		
	住 所		
	氏 名		
		年 月 日生	
予防接種を行った年月日		年 月 日	
	年 月 日		
	山形県	長委託医	
	住 所		
	医療機関・施設名		
	医 師 名		印

No	<u>インフルエンザ予防接種済証</u>		
	住 所		
	氏 名		
		年 月 日生	
予防接種を行った年月日		年 月 日	
	年 月 日		
	山形県	長委託医	
	住 所		
	医療機関・施設名		
	医 師 名		印