（別紙様式１）

|  |
| --- |
| 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　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　○○県○○市町村長委託医  　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関・施設名  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 |

備考　１　　この用紙は、日本産業規格Ａ列４判とすること。