（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。