

No. _____

予防接種済証

被接種者

住所	金山町大字 字				
氏名					
生年月日	年 月 日				
予防接種 実施年月日	インフルエンザ	年 月 日			
	新型コロナ	年 月 日			

年 月 日

実施医療機関等名

実施医師氏名

印

No. _____

予防接種済証

被接種者

住所	金山町大字 字				
氏名					
生年月日	年 月 日				
予防接種 実施年月日	インフルエンザ	年 月 日			
	新型コロナ	年 月 日			

年 月 日

実施医療機関等名

実施医師氏名

印