

## 会津美里町高齢者インフルエンザ予防接種済証

住 所 会津美里町

氏 名

生年月日 年 月 日生

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

ロ ッ ト 番 号

実 施 機 関 名

実 施 医 師 名

印

\*この予防接種済証はご自分で大切に保管してください。

## 会津美里町高齢者インフルエンザ予防接種済証

住 所 会津美里町

氏 名

生年月日 年 月 日生

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

ロ ッ ト 番 号

実 施 機 関 名

実 施 医 師 名

印

\*この予防接種済証はご自分で大切に保管してください。