No.　　高齢者インフルエンザ予防接種済証

住所

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日生（満　　歳）

予防接種を行った年月日　令和　　年　　月　　日

福岡県

（ □ 飯塚市 □ 嘉麻市 □ 桂川町 ）長代理

実施医療機関名

（ワクチンロット番号

（シール添付）

接種医師名

※□の中にチェックをしてください。
※健康手帳等に貼り付けて保管してください。

No.　　高齢者インフルエンザ予防接種済証

住所

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日生（満　　歳）

予防接種を行った年月日　令和　　年　　月　　日

福岡県

（ □ 飯塚市 □ 嘉麻市 □ 桂川町 ）長代理

実施医療機関名

（ワクチンロット番号

（シール添付）

接種医師名

※□の中にチェックをしてください。
※健康手帳等に貼り付けて保管してください。

No.　　高齢者インフルエンザ予防接種済証

住所

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日生（満　　歳）

予防接種を行った年月日　令和　　年　　月　　日

福岡県

（ □ 飯塚市 □ 嘉麻市 □ 桂川町 ）長代理

実施医療機関名

（ワクチンロット番号

（シール添付）

接種医師名

※□の中にチェックをしてください。
※健康手帳等に貼り付け保管してください。

No.　　高齢者インフルエンザ予防接種済証

住所

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日生（満　　歳）

予防接種を行った年月日　令和　　年　　月　　日

福岡県

（ □ 飯塚市 □ 嘉麻市 □ 桂川町 ）長代理

実施医療機関名

（ワクチンロット番号

（シール添付）

接種医師名

※□の中にチェックをしてください。
※健康手帳等に貼り付けて保管してください。