【高齢者の●●●●●　予防接種済証】

住所

予防接種を行った年月日 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　年　　　月　　　日生

　　　　　年　　　月　　　日 　　　　　年　　　月　　　日 ●●市（町・村）長　●●　●●

医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 接種医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

切り取り線

【高齢者の●●●●●　予防接種済証】

住所

予防接種を行った年月日 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　年　　　月　　　日生

　　　　　年　　　月　　　日 　　　　　年　　　月　　　日 ●●市（町・村）長　●●　●●

医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 接種医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【高齢者の●●●●●　予防接種済証】

住所

予防接種を行った年月日 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　年　　　月　　　日生

　　　　　年　　　月　　　日 　　　　　年　　　月　　　日 ●●市（町・村）長　●●　●●

医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 接種医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

切り取り線

【高齢者の●●●●●　予防接種済証】

住所

予防接種を行った年月日 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　年　　　月　　　日生

　　　　　年　　　月　　　日 　　　　　年　　　月　　　日 ●●市（町・村）長　●●　●●

医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 接種医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

切り取り線

【高齢者の●●●●●　予防接種済証】

住所

予防接種を行った年月日 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　年　　　月　　　日生

　　　　　年　　　月　　　日 　　　　　年　　　月　　　日 ●●市（町・村）長　●●　●●

医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 接種医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

切り取り線