

インフルエンザ予防接種済証			
住	所		
氏	名		
生年月日	年	月	日
予防接種を行った年月日			
	年	月	日
(筑紫野市・春日市・大野城市・太宰府市・那珂川市) 長代理			
医療機関住所			
名称			
接種医師氏名			
印			

インフルエンザ予防接種済証			
住	所		
氏	名		
生年月日	年	月	日
予防接種を行った年月日			
	年	月	日
(筑紫野市・春日市・大野城市・太宰府市・那珂川市) 長代理			
医療機関住所			
名称			
接種医師氏名			印

※大切に保管してください。