様式第２号

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。

様式第２号

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。

様式第２号

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。