

No. _____

インフルエンザ予防接種済証

住所
氏名

年 月 日生

予防接種を行った年月日

令 和 年 月 日

令 和 年 月 日

埼玉県 _____ 市町村委託医療機関



※必ず医療機関の長の印を押してください。