様式３

No.＿＿＿＿＿＿

新型コロナウイルス感染症予防接種済証

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

医療機関名
所　在　地
電 話 番 号
施 設 長 名　　　　㊞

※必ず医療機関の長の印を押してください。