

No. _____

新型コロナウイルス感染症予防接種済証
(メーカー又は製剤名 _____)
(製造番号 _____)

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 _____

⑪

※必ず医療機関の長の印を押してください。