

鎌倉市インフルエンザ予防接種済証

※太枠内は本人(保護者)がご記入ください。

被接種者住所

電話番号

被接種者氏名

生年月日 年 月 日生

被接種者年齢 歳

※今回のインフルエンザ予防接種が今年度2回目の方は、1回目の接種日と医療機関名をご記入ください。

1回目接種日 年 月 日 医療機関名

医療機関記入欄

予防接種を行った年月日 平成 年 月 日

接種回数 1回目 ・ 2回目

※どちらかを「○」で囲んでください。

ワクチン名

メーカー名

ロット番号

平成 年 月 日

受託医療機関名

接種医師名

印

鎌倉市長

助成券添付(こちら側にホチキス2箇所)

鎌倉市インフルエンザ予防接種済証

※太枠内は本人(保護者)がご記入ください。

被接種者住所

電話番号

被接種者氏名

生年月日 年 月 日生

被接種者年齢 歳

※今回のインフルエンザ予防接種が今年度2回目の方は、1回目の接種日と医療機関名をご記入ください。

1回目接種日 年 月 日 医療機関名

医療機関記入欄

予防接種を行った年月日 平成 年 月 日

接種回数 1回目 ・ 2回目

※どちらかを「○」で囲んでください。

ワクチン名

メーカー名

ロット番号

平成 年 月 日

受託医療機関名

接種医師名

印

鎌倉市

