

No.

インフルエンザ予防接種済証

住 所 大江町大字

氏 名 様

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

山 形 県 大 江 町 長 委 託 医

住 所

医 療 機 関 ・ 施 設 名

医 師 名

㊞