

No. _____

新型コロナウイルス感染症予防接種済証

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

㊞