

【三島町】 接種期間 10月1日～1月31日

様式2

【インフルエンザ】予防接種済証

住 所 三島町大字

氏 名

生年月日 年 月 日

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

実施医療機関名

実 施 医 師 名 印

【三島町】 接種期間 10月1日～1月31日

様式2

【インフルエンザ】予防接種済証

住 所 三島町大字

氏 名

生年月日 年 月 日

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

実施医療機関名

実 施 医 師 名 印

【三島町】 接種期間 10月1日～1月31日

様式2

【新型コロナウイルス】 予防接種済証

住 所 三島町大字

氏 名

生年月日 年 月 日

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

実施医療機関名

実 施 医 師 名 印

【三島町】 接種期間 10月1日～1月31日

様式2

【新型コロナウイルス】 予防接種済証

住 所 三島町大字

氏 名

生年月日 年 月 日

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

実施医療機関名

実 施 医 師 名 印

