

主治医 様

いつもお世話になっております。

お手数をおかけしますが、予防接種者に下記の「予防接種済証」を記入の上、お渡しくださいますようお願いいたします。

大熊町役場 健康保険課 保健衛生係

きりとり線

高齢者インフルエンザ予防接種済証	
住 所	大熊町大字
氏 名	
生年月日	
接種日	
ロットNo.	
実施医療機関	
この予防接種済証は、大切に保管してください。	
大熊町長 吉田 淳	
	