

インフルエンザ予防接種済証

(lot NO.)

住所:

氏名:

生年月日 年 月 日生

予防接種を行った日 平成 年 月 日

医療機関名 榛東わかばクリニック

接種医師名 院長 中沢 克彦

※この済証はご本人様が保管をお願いします。