様式第２号

**インフルエンザ予防接種済証**

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　年　　　月　　　　日

予防接種を行った年月日

年　　　月　　　　日

（筑紫野市・春日市・大野城市・太宰府市・那珂川市）長代理

医療機関住所

　　　　名称

接種医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※健康手帳に貼るなどして大切に保管してください。