

新型コロナウイルス感染症予防接種済証

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

※大切に保管してください。