

(様式第5号)

(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

医療機関名称

接種医師氏名

㊞

高齢者帯状疱疹予防接種済証

予防接種実施年月日: 年 月 日

(ピケン・シングリックス(1回目)・シングリックス(2回目))

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

(様式第5号)

(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

医療機関名称

接種医師氏名

㊞

高齢者帯状疱疹予防接種済証

予防接種実施年月日: 年 月 日

(ピケン・シングリックス(1回目)・シングリックス(2回目))

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

(様式第5号)

(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

医療機関名称

接種医師氏名

㊞

高齢者帯状疱疹予防接種済証

予防接種実施年月日: 年 月 日

(ピケン・シングリックス(1回目)・シングリックス(2回目))

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

(様式第5号)

(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

医療機関名称

接種医師氏名

㊞

高齢者帯状疱疹予防接種済証

予防接種実施年月日: 年 月 日

(ピケン・シングリックス(1回目)・シングリックス(2回目))

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

(様式第5号)

(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

医療機関名称

接種医師氏名

㊞

高齢者帯状疱疹予防接種済証

予防接種実施年月日: 年 月 日

(ピケン・シングリックス(1回目)・シングリックス(2回目))

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

この『高齢者带状疱疹予防接種済証』は、大切に保管してください。

ご不明な点などございましたら、お住まいの市町の担当部署までお問い合わせください。

この『高齢者带状疱疹予防接種済証』は、大切に保管してください。

ご不明な点などございましたら、お住まいの市町の担当部署までお問い合わせください。

この『高齢者带状疱疹予防接種済証』は、大切に保管してください。

ご不明な点などございましたら、お住まいの市町の担当部署までお問い合わせください。

この『高齢者带状疱疹予防接種済証』は、大切に保管してください。

ご不明な点などございましたら、お住まいの市町の担当部署までお問い合わせください。

この『高齢者带状疱疹予防接種済証』は、大切に保管してください。

ご不明な点などございましたら、お住まいの市町の担当部署までお問い合わせください。