

新型インフルエンザ予防接種済証

被接種者の氏名  
生 年 月 日 年 月 日生

予防接種を行った年月日 令和 5年 月 日

メーカー/ロット番号 \_\_\_\_\_

受託医療機関名 つつみクリニック福岡  
代表者氏名 又は  
接種を行った医師名 理事長 堤 光太郎

-----  
新型インフルエンザ予防接種済証

被接種者の氏名  
生 年 月 日 年 月 日生

予防接種を行った年月日 令和 5年 月 日

メーカー/ロット番号 \_\_\_\_\_

受託医療機関名 つつみクリニック福岡  
代表者氏名 又は  
接種を行った医師名 理事長 堤 光太郎