〔定期 B 類〕	久留米市
ワクチン名	】予防接種済証
氏名	
生年月日 大正・昭和	年 月 日
住所 福岡県久留米市	
接種年月日 令和 年	月 日
【メーカー/ロット】	
令和 年 月 医療機関名	日
接種医師名	印

〔定期 B 類〕 ワクチン名 【	】予		
<u>氏名</u> <u>生年月日 大正 ・ 昭和</u>	口 年	月	日
住所福岡県久留米市			
接種年月日 令和	年 月	日	
【メーカー/ロット】			
 令和 年 医療機関名	月	3	
接種医師名			印

〔定期 B 類〕	久留米市
ワクチン名	】予防接種済証
氏名	
生年月日 大正 · 昭和	年 月 日_
住所 福岡県久留米市	
接種年月日 令和 年 【メーカー/ロット】	月日
令和 年 月医療機関名接種医師名	日

〔定期 B 類〕	久留米市
ワクチン名 【	】予防接種済証
氏名	
生年月日 大正 · 昭和	年 月 日
住所 福岡県久留米市	
接種年月日 令和 年	月 日
【メーカー/ロット】	
令和 年 月 医療機関名	日
接種医師名	印