

〔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 日

医療機関名

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 月 日 _____

【メーカー/ロット】

令和 年 月 日

医療機関名

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 月 日 _____

【メーカー/ロット】

令和 年 月 日

医療機関名

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 月 日 _____

【メーカー/ロット】

令和 年 月 日

医療機関名

接種医師名 印