様式３

No.＿＿＿＿＿＿　　インフルエンザ予防接種済証

住所
氏名
年　　月　　日生

予防接種を行った年月日

令　和　　年　　月　　日

令　和　　年　　月　　日

埼玉県　＿＿＿＿市町村委託医療機関

㊞

※必ず医療機関の長の印を押してください。