様式第４号

湯川村任意インフルエンザ予防接種済証

住　　所　　湯川村

氏　　名

生年月日　　年　　月　　日生

予防接種を行った年月日　　年　　月　　日

ロット番号　　接種量　　ml

実施医療機関名

実施医師名

＊この予防接種済証はご自分で大切に保管してください。