

未就学児用

とやまっ子インフルエンザ予防接種券

(ふりがな)	
受ける人の氏名	
住 所	
生 年 月 日	平成・令和 年 月 日
年 齢	満 歳 か月
接 種 回 数	1回目 ・ 2回目
接 種 日	令和 年 月 日

・接種回数に○をつけて下さい。

上記のとおり相違ありません。また、本接種券が医療機関から富山県に提出されることに同意します。

保護者署名 _____ (自署)

(医療機関記入欄)

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

令和 年 月 日

医療機関名

くれはキッズクリニック

医師署名または記名押印

草開 祥平

