

( 大津市 )

様式第 2 号

## インフルエンザ予防接種券 ( 65 歳以上 )

下記に必要事項を記載して予診票とともに医療機関の窓口へ提出してください。

ふりがな	
被接種者名	_____
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 満 歳
	( 住民基本台帳に登録された住所 )
住 所	大津市 _____
電話番号	_____

ここからは医療機関が記載します

### 接種報告書 ( 医療機関記載用 )

接種年月日	令和 年 月 日
医療機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
医療機関名	<b>ばんば耳鼻咽喉科医院</b>
所仕地	〒520-0004 滋賀県大津市見世 2 丁目 19 番 50 号
医師名	院長 馬場 均
ワクチンメーカー名	kmb・第一三共・デンカ・阪大微研・武田
ロット番号	

キ ..... リ ..... ト ..... リ ..... 線

### インフルエンザ予防接種済証

接種日

ワクチンメーカー

ロット番号

医療機関名

代表者名又は接種医師名

**ばんば耳鼻咽喉科医院**

院長 馬場 均