

(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 所	大津市 <small>(住民票の住所) ※大津市に住民票が無い場合は、この接種券は使用できません。</small>
電話番号	_____

ここからは医療機関が記載します(切り取らないでください)

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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
医療機関名	ばんば耳鼻咽喉科医院			
所在地	〒520-0004 滋賀県大津市見世2丁目19-50			
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

被接種者氏名

医療機関名

ばんば耳鼻咽喉科医院

代表者名又は接種医師名

院長 馬場 均

ワクチンメーカー

ロット番号