

インフルエンザ予防接種済証
(lot NO.)

住所：

氏名：

生年月日年月日生

予防接種を行った日 年 月 日

医療機関名 榛東わかばクリニック

接種医師名 院長 中沢克彦

※この済証はご本人様が保管をお願いします。