（別紙様式５）

新型インフルエンザ予防接種済証

Ｎｏ．＿＿＿＿＿＿

被接種者の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生　年　月　日　　年　　月　　日生

接種対象者の範囲　※該当する接種対象者の範囲を○で囲んでください。

医療従事者　・　基礎疾患を有する者　・　妊婦

１歳～小学校３年生　・　１歳未満の小児の両親

優先接種対象者のうち身体的な理由により予防接種が受けられない

者の保護者等　・　小学４年生～６年生　・　中学生

高校生の年齢に該当する者　・　65 歳以上の者

上記以外の者

予防接種を行った年月日

接種回数（　１回目　・　２回目　）※どちらかを「○」で囲んでください。

接種年月日　　平成　　年　　月　　日

ロット番号

メーカー名

平成　　年　　月　　日

受託医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印