

小学生用

入善町インフルエンザ任意予防接種券

ふりがな		
受ける人の氏名		
住 所	入善町	
生 年 月 日	平成・令和	年 月 日
年 齢	満 歳 (小学 年生)	
接 種 方 法	皮下注射	1 回 目 ・ 2 回 目
接 種 回 数	経鼻投与 (1 回のみ)	
接 種 日	令和	年 月 日

・接種方法や接種回数に○をつけてください。

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入善町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

医師署名または記名押印



入善町

