

## 中学生・高校生相当用

## 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 年 月 日
年 齢	満 歳 (中学 年生)
	満 歳 (高校 年生相当)
接 種 方 法	皮下注射
	経鼻投与
接 種 日	令和 年 月 日

・接種方法に○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

