（統一様式７）

|  |
| --- |
| 群馬県内相互乗り入れ用**インフルエンザ予防接種済証**（Lot No.　　　　　　　　　　　　）住　所氏　名年　　　月　　　日生予防接種を行った年月日　　　　年　　　月　　　日年　　　月　　　日群馬県　　　　市町村長委託医療機関医療機関名接種医師名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※被接種者が、住所地市町村の接種済証を持参しなかった場合に使用