（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