

福 岡 県 定 期 予 防 接 種 広 域 化  
帯 状 疱 疹 予 防 接 種 済 証 ( 6 5 歳 以 上 )

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日生

接種を行った年月日 / 年 月 日

( ) 市町村長代理

医療機関住所

医療機関名称

接種医師氏名

印

「予防接種済証」は予防接種を受けたことの証明です。大切に保管してください。

福 岡 県 定 期 予 防 接 種 広 域 化  
帯 状 疱 疹 予 防 接 種 済 証 ( 6 5 歳 以 上 )

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日生

接種を行った年月日 / 年 月 日

( ) 市町村長代理

医療機関住所

医療機関名称

接種医師氏名

印

「予防接種済証」は予防接種を受けたことの証明です。大切に保管してください。