

**福 岡 県 定 期 予 防 接 種 広 域 化
肺 炎 球 菌 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
肺 炎 球 菌 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。