

(別紙様式 5)

## 新型インフルエンザ予防接種済証

No. \_\_\_\_\_

被接種者の住所 \_\_\_\_\_

被接種者の氏名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

優先接種対象者等の範囲 ※該当する優先接種対象者等の範囲を○で囲んでください。

医療従事者 ・ 基礎疾患を有する者 ・ 妊婦

1歳～小学校3年生 ・ 1歳未満の小児の両親

優先接種対象者のうち身体的な理由により予防接種が受けられない

者の保護者等 ・ 小学4年生～6年生 ・ 中学生

高校生の年齢に該当する者 ・ 65歳以上の者

予防接種を行った年月日

接種回数 ( 1回目 ・ 2回目 ) ※どちらかを「○」で囲んでください。

接種年月日 平成 年 月 日

ロット番号

メーカー名 { 1 阪大微生物病研究所 2 化学及血清療法研究所  
3 デンカ生研(株) 4 北里研究所生物製剤研究所

※該当するものの数字に「○」を付けてください。

平成 年 月 日

受託医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(千葉県医師会作成)