



インフルエンザ予防接種証明書



接種費用 円

(公財)兵庫県勤労福祉協会
ファミリーパック
〒650-0011
神戸市中央区下山手通6丁目3番28号
TEL (078)351-6786・6787

1 接種者氏名 (^S/_H) 年 月 日生

2 接種年月日 (和暦) 年 月 日

上記のとおり、接種したことを証明します。

(和暦) 年 月 日

所在地

医療機関名

代表者名

印

T E L () -

【記載例】



インフルエンザ予防接種証明書



接種費用 3,600 円

(公財)兵庫県勤労福祉協会
ファミリーパック
〒650-0011
神戸市中央区下山手通6丁目3番28号
TEL (078)351-6786・6787

1 接種者氏名 **共済 元気** (^S/_H) **50**年 **1**月 **1**日生

2 接種年月日 (和暦) **平成 30**年 **12**月 **1**日

上記のとおり、接種したことを証明します。

(和暦) **平成 30**年 **12**月 **1**日

所在地 **神戸市〇〇区〇〇〇**

医療機関名 **〇〇〇病院**

代表者名 **〇〇 〇〇**

証明書が全て
手書きの場合は、
必ず医療機関の
押印が必要です。

印

証明欄は必ず接種した医療機関にて証明を受けてください。

T E L (**〇〇〇**) **〇〇〇** - **〇〇〇〇**