

未就学児用

For Pre-school Children

とやまっ子インフルエンザ予防接種券

Toyama Kids Influenza Vaccine Voucher

|   |  |
|---|--|
| (ふりがな)  |  |
| 受ける人の氏名<br>Name of the person receiving the vaccine |  |
| 住 所<br>Address                                      |  |
| 生 年 月 日<br>Date of Birth                            | (西暦) 年 月 日<br>_____ (Year) _____ (Month) _____ (Day) |
| 年 齢<br>Age  | 満 歳 か月<br>_____ years and _____ months old           |
| 接 種 回 数<br>Number of Vaccinations                   | 1 回目 ・ 2 回目<br>1 2                                   |
| 接 種 日<br>Vaccination Date                           | (西暦) 年 月 日<br>_____ (Year) _____ (Month) _____ (Day) |

・接種回数に○をつけて下さい。Circle the desired number of vaccinations.

上記のとおり相違ありません。また、本接種券が医療機関から富山県に提出されることに同意します。I agree that there are no mistakes in the fields above and that this voucher will be given to Toyama Prefecture by the medical institution.

Guardian Name

(Signature)

保護者署名

(自署)

(医療機関記入欄) (To be filled in by the medical institution)

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

The individual has been confirmed to be eligible for assistance and the vaccination was carried out.

令和 年 月 日

Reiwa (month) (Day)

Medical Institution Name:

医療機関名: \_\_\_\_\_

Name or seal of the medical practitioner

医師署名または記名押印

