

未 就 学 児 用
Детям дошкольного возраста

とやまっ子インフルエンザ予防接種券

Билет на профилактическую прививку от гриппа для детей преф. Тояма

(ふりがな)	
受ける人の氏名 Ф.И.О. получателя прививки	
住 所 Адрес	
生年月日 Год, месяц, число рождения	(西暦) 年 月 日 (г.) (мес.) (день)
年 齡 Возраст	満 歳 か月 полных лет мес.
接種回数 Получение прививки*	1回目 ・ 2回目 1-й раз ・ 2-й раз
接種日 Дата прививки	(西暦) 年 月 日 (г.) (мес.) (день)

接種回数に○をつけてください。

*Обведите соответствующий этап получения прививки кружком.

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県に提出されることに同意します。

Подтверждаю правильность предоставленной мною информации и даю согласие на передачу данного билета медицинским учреждением органам самоуправления.

保護者署名

(自署)

Имя родителя(законного представителя)

(подпись)

(医療機関記入欄) (Для заполнения работником мед. учреждения)

Подтверждаю проведение профилактической прививки указанному в билете получателю. 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。

Дата: г. мес. д.
西暦 年 月 日

Название мед. учреждения.:

医療機関名

Имя мед. работника

医師署名または記名押印

