

未就学児・小学生用

Para crianças com idade de ensino primário ou inferior

とやまっ子インフルエンザ予防接種券

Cupom de vacinação de prevenção da gripe (Influenza)

(ふりがな) (pronúncia em japonês)	
受ける人の氏名 Nome completo da criança	
住 所 Endereço completo	
生年月日 Data de nascimento	(西暦) _____年 ____月 ____日 ano mês dia
年 齢 Idade	満 ____歳 ____か月 anos e meses
接種回数 Número da vacinação	1回目 ・ 2回目 (接種回数に○をつけて下さい) 1 ^a vez 2 ^a vez (marcar com círculo)
接種日 Data de vacinação	(西暦) _____年 ____月 ____日 ano mês dia

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。

Declaro que as informações fornecidas acima são verdadeiras, e concordo que a instituição médica as compartilhe com o Governo da Província de Toyama.

保護者署名

(自署)

Assinatura do responsável _____

(医療機関記入欄)

Não preencha. Uso exclusivo pela instituição médica.
(confirmação da identificação do indivíduo e realização da vacinação)

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。

令和 ____年 ____月 ____日

医療機関名

医師署名または記名押印 _____

MAKE
TOYAMA
STYLE
BEYOND CORONA, WITH US

富山県

