

第2号様式（第4条関係）

小児インフルエンザ任意予防接種償還払い申請用証明書

年 月 日

練馬区長 殿

（被接種者情報）※保護者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者がインフルエンザ任意予防接種を接種したことを証明します。

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン		
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
年		mL	
月 日			

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名または記名押印：

※法人の場合は押印