

様式第2号（第4条関係）

带状疱疹ワクチン接種償還払い申請用証明書

年 月 日

三島市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

上記の者が带状疱疹ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 带状疱疹生ワクチン （1回のみ）		
	<input type="checkbox"/> 带状疱疹不活化ワクチン （1回目・2回目）		
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		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
年		0.5 mL	
月 日			

実施場所：

医師名：

医師署名又は記名押印：