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 | インフルエンザ□　注射用ＨＡワクチン□　経鼻生ワクチン |
| 予防接種の 内 容 | １回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 　　mL |
| 　　　　年月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 　　mL |
| 　　　　年月　　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