

第2号様式（第4条関係）

R S ウイルス感染症に係る定期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）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者が下記のワクチンを接種したことを証明します。

ワクチンの種類	組換えRSウイルスワクチン（アブリスボ）		
予防接種を受けた年月日	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5 mL

医療機関名：

医療機関コード：

医師署名：

または記名押印