第４号様式（第７条関係）

練馬区風しん追加的対策事業（第５期定期接種）の接種期間延長に係る

乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン等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 | □ＭＲ（麻しん風しん混合）ワクチン | | |
| □風しん単抗原ワクチン | | |
| 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