

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
乾燥弱毒生麻疹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（麻疹風しん混合）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