

第2号様式（第4条関係）

新型コロナ任意予防接種償還払い申請用証明書

年 月 日

練馬区長 殿

（申請者兼被接種者情報）※本人が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者が新型コロナ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"/> 新型コロナワクチン		
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		mL

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