

様式第2号

带状疱疹任意予防接種償還払い申請用証明書

年 月 日

千代田区長殿

(被接種者)

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者が带状疱疹ワクチンを下記のとおり接種したことを証明します。

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ①乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン) (販売名：ビケン)			
	<input type="checkbox"/> ②乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン) (販売名：シングリックス)			
予防接種を受けた年月日	1	接種年月日	ロット番号	接種量
	回目	年 月 日		0.5 mL
	2	接種年月日 (②のワクチンの場合)	ロット番号	接種量
	回目	年 月 日		0.5 mL

実施医療機関	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	医師名	⑩