

記入例

インフルエンザワクチン接種費助成金交付申請用証明書

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

●● ●● 様

医療機関名 ▲▲ 医院

医師署名又は記名押印 ▲▲ ▲▲

被接種者がインフルエンザワクチンを接種したことを証明します。

被 接 種 者	フリガナ	*** ****	
	氏 名	●● ■■	
	生年月日	△△ 年 △△ 月 △△ 日	
接種日および ロット番号		接 種 日	ロ ッ ト 番 号
	1 回 目	令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	◇◇◇◇◇ ☐ 不明
	2 回 目	令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	◇◇◇◇◇ ☐ 不明