

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

年 月 日

様

医療機関名

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