

国見町帯状疱疹ワクチン任意接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

国見町長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所 国見町

氏 名 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日

上記の者が帯状疱疹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"/> 乾燥弱毒性水痘ワクチン（生ワクチン）			
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）			
予防接種を受けた年月日	ワクチンの種類	接種年月日	ロット番号	接種量
	生ワクチン	年 月 日		mL
	不活化ワクチン1回目	年 月 日		mL
	不活化ワクチン2回目	年 月 日		mL

医療機関所在地： _____

医療機関名： _____

医師署名又は記名押印： _____