

様式第2号（第5条関係）

藤沢市麻しん・風しん混合ワクチン予防接種（任意接種）償還払い申請用証明書

年 月 日

藤沢市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住所：

氏名：

生年月日：

上記の者が乾燥弱毒性麻しん風しん混合（MR）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"/> 乾燥弱毒性麻しん風しん混合（MR）ワクチン		
任意予防接種を受けた年月日	1期	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		m l
	月 日		
	接種費用	円	
	2期	ロット番号	接種量
	接種年月日		
年		m l	
月 日			
接種費用	円		

医療機関コード：

所在地：

医療機関名：

医師署名：

連絡先：