

麻疹抗体検査・予防接種償還払い申請用証明書

年 月 日

世田谷区長あて

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者が以下のとおり抗体検査・予防接種したことを証明します。

【抗体検査】

抗体検査を受けた年月日	年 月 日
文書料	円 ※本証明書の発行に際し、文書料を徴収した場合のみ記入してください。

【予防接種】

ワクチンの種類	
予防接種を受けた年月日	年 月 日
文書料	円 ※本証明書の発行に際し、文書料を徴収した場合のみ記入してください。

(医療機関情報) ※医療機関が記入

医療機関所在地

医療機関名

医師署名又は記名押印