

別記様式第2号（第4条関係）

麻疹風しん（第1期）に係る任意接種費用助成申請用証明書

年 月 日

近江八幡市長 宛

（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、麻疹風しんワクチンを接種したことを証明します。

ワクチンの種類	乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン
接種年月日	年 月 日
接 種 量	mL

実施場所（医療機関名）：

医 師 名：

（医師の署名又は記名押印）