

※この証明書は帯状疱疹助成金の申請時に必要です。大切に保管してください。

※接種を受ける方は、太枠内をご記入の上医療機関にお持ちください。

帯状疱疹予防接種証明書

住 所 安八町

氏 名

生年月日 T・S 年 月 日

【予防接種を行った年月日】

年 月 日

【ワクチンの種類】 を入れてください。

生ワクチン 1回目

不活化ワクチン

1回目

2回目

【実施場所・医療機関名】

【医師名】

※この証明書は帯状疱疹助成金の申請時に必要です。大切に保管してください。

※接種を受ける方は、太枠内をご記入の上医療機関にお持ちください。

帯状疱疹予防接種証明書

住 所 安八町

氏 名

生年月日 T・S 年 月 日

【予防接種を行った年月日】

年 月 日

【ワクチンの種類】 を入れてください。

生ワクチン 1回目

不活化ワクチン

1回目

2回目

【実施場所・医療機関名】

【医師名】