　　年度　北見市帯状疱疹ワクチン予防接種

免　除　証　明　書

　指定医療機関　様

次の者は、北見市帯状疱疹ワクチン予防接種費用免除者であることを証明する。

記

1. 住所
2. 氏名
3. 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生
4. 有効期限　　　　　　年　　　月　　　日まで

　　　年　　　月　　　日

北見市長