別記第３号様式（第４条関係）

　　年　　月　　日

　　江東区長　様

江東区子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種費用助成金交付申請用証明書

（被接種者）※　申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日

当該被接種者がＨＰＶワクチンを接種したことを証明します。※　医療機関が記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ワクチン  の種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン | | |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン | | |
| 予防接種を受けた  年月日 | １回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL |
| 年  月　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL |
| 年  月　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL |
| 年  月　日 |

実施場所(医療機関名)：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：