

年 月 日

江東区長 殿

江東区ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンに係る男性任意予防接種費用助成金
 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

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	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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：