

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	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 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：