

伊東市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金支給申請用証明書

年 月 日

伊東市長 様

※申請者又は被接種者記入欄

|      |             |       |
|------|-------------|-------|
| 被接種者 | フリガナ<br>氏 名 |       |
|      | 住 所         | 〒 ー   |
|      | 生年月日        | 年 月 日 |

上記の者が、ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

※医療機関記入欄

| ワクチンの種類 | <input type="checkbox"/> 2価（サーバリックス） |   | <input type="checkbox"/> 4価（ガーダシル） |       |
|---------|--------------------------------------|---|------------------------------------|-------|
|         | 接種年月日                                |   | ロット番号                              | 接種量   |
| 1回目     | 年                                    | 月 | 日                                  | 0.5ml |
| 2回目     | 年                                    | 月 | 日                                  | 0.5ml |
| 3回目     | 年                                    | 月 | 日                                  | 0.5ml |

実施医療機関名： \_\_\_\_\_

所在地： 〒 ー \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

医師署名又は記名押印： \_\_\_\_\_