

記入方法

記入しないでください。

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

伊東市長 様

予防接種を受けた方について
ご記入ください。

××年××月××日

※申請者又は被接種者記入欄

被接種者	フリガナ 氏名	イトウ ハナコ 伊東 花子
	住所	〒 414-0055 伊東市大原〇〇-△△
	生年月日	平成 16年 4 月 10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：〒 _____

電話番号： _____

医師署名又は記名押印： _____