

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付申請用証明書

令和 年 月 日

西東京市長 宛

＜予防接種を受けた方＞※申請者が記入

フリガナ

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

現 住 所 _____

以下は、医療機関が記入

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの接種を受けたことを証明します。

ワクチン	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（サーバリックス）
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（ガーダシル）
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（シルガード9）

	接種日	ロット番号
1回目	年 月 日	
2回目	年 月 日	
3回目	年 月 日	

実施医療機関 _____

医療機関コード _____

接種を行った医師の署名又は記名押印
