

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

狛江市長 宛て

（被接種者情報）※申請者が記入

住所：

氏名：

生年月日：

狛江市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成金申請用証明書

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。

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		
接種内容	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：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：