

年 月 日

調布市長 宛

調布市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金交付申請用証明書

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

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。

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			
接種状況	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
1回目	年 月 日		0.5ml	円
2回目	年 月 日		0.5ml	円
3回目	年 月 日		0.5ml	円

※ロット番号や接種費用が不明な場合はその旨記載してください。

住所
実施医療機関 名称
医師署名又は記名押印