

福生市長 宛て

被接種者 住 所

氏 名

生年月日

子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成申請用証明書

上記の者が子宮頸がん予防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価子宮頸がん予防ワクチン <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価子宮頸がん予防ワクチン		
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5mL
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日			
年 月 日		0.5mL	

住 所

実施医療機関 名 称

電話番号

医 師 名