

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成申請用証明書

年 月 日

南あわじ市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入
住所
氏名
生年月日

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			
予防接種を受けた年月日	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年		0.5mL
	月	日		
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年		0.5mL
	月	日		
3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	
	年		0.5mL	
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。

実施場所
医療機関コード
医師名
医師署名又は記名押印