

様式第2号(第4条関係)

利府町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金交付申請用証明書

年 月 日

利府町長 殿

(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HPV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 | | |
| 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 | | 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 :