

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

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

西都市長 様

（助成対象者情報）※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。

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		
回数	接種年月日	ロット番号	接種量
1	年 月 日		0.5 mL
2	年 月 日		0.5 mL
3	年 月 日		0.5 mL

医療機関名： _____

医療機関所在地： _____

医療機関電話番号： _____

医師名： _____

（署名又は記名押印）