

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補助金申請用証明書

年 月 日

愛南町長 様

(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		
予防接種 を受けた 年 月 日	1回目	ロット番号	摂取量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	摂取量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	摂取量
	接種年月日		0.5ml
	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：