

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申請用接種証明書

年 月 日

松伏町長 宛て

被接種者	氏名		生年月日	平成	年	月	日
	住所	松伏町					

※太枠内は、申請者が記入してください。

記

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（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
予防接種を受けた年月日等	1回目	接種年月日 年 月 日	ロット番号	接種量 0.5 mL
	2回目	接種年月日 年 月 日	ロット番号	接種量 0.5 mL
	3回目	接種年月日 年 月 日	ロット番号	接種量 0.5 mL

実施医療機関：

医療機関コード：

医師名：

(署名又は記名押印)