

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

令和 年 月 日

白杵市長 あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住所： _____

氏名： _____

生年月日： 平成 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（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	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量	自己負担金額
		年 月 日		0.5mL	円
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量	自己負担金額
		年 月 日		0.5mL	円
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	自己負担金額
		年 月 日		0.5mL	円

医療機関名： _____

住 所： _____

医師署名又は記名押印： _____

（医療機関コード： _____）