

様式第2号

渋川市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

渋川市長 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	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン		
	☐ 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		
	年 月 日		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL

実施場所 :

医療機関コード :
医師名 :
医師署名又は記名押印 :