

第2号様式（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成申請用証明書

年 月 日

善通寺市長 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	<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	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		自己負担額
	月 日		円
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		自己負担額
	月 日		円
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日		0.5 mL	
年		自己負担額	
月 日		円	

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：