

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助成申請用証明書

年 月 日

大台町長 殿

（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		0.5ml
	年 月 日		
	2 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	3 回目	ロット番号	接種量
	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：