

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費用助成金申請用証明書

年 月 日

海南市長 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（※わかる範囲で）	金額
	接種年月日		
	年		円
	月 日		
	2回目	ロット番号（※わかる範囲で）	金額
	接種年月日		
	年		円
	月 日		
	3回目	ロット番号（※わかる範囲で）	金額
接種年月日			
年		円	
月 日			

実施場所：

医師署名又は記名押印：