

第2号様式の2（第5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助成金交付申請用証明書

令和 年 月 日

東大和市長殿

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

実施場所（医療機関名）：

（医療機関住所）：

（医療機関電話番号）：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：

記入例

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成金交付申請用証明書

令和 年 月 日

東大和市長殿

こちらの部分だけ
申請者が記入
してください。

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： 東大和市中央 3-918-1

氏 名： 保 健 康 子

生年月日： 平成 10 年 10 月 10 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	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 mL	
月 日			

実施場所（医療機関名）：

（医療機関住所）：

（医療機関電話番号）：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：