

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申請用証明書

令和 年 月 日

天理市長 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			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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	接種金額
	接種年月日			円
	年		0.5mL	
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日			円
	年		0.5mL	
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種金額
接種年月日			円	
年		0.5mL		
月 日				

医療機関名：

医療機関住所：

医師名：

医師署名又は記名押印：