

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金申請用証明書

令和 年 月 日

山陽小野田市長 様

(被接種者)

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等	1	接種年月日	年 月 日
		ロット番号	
		接種量	0.5 mL
	2	接種年月日	年 月 日
		ロット番号	
		接種量	0.5 mL
	3	接種年月日	年 月 日
		ロット番号	
		接種量	0.5 mL

実施医療機関名：

接 種 医 師 名 ：

医師署名又は記名押印：