様式第２号（第４条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

長泉町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交付申請用証明書

　　年　　月　　日

　　長泉町長　様

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：　　　　　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（サーバリックス） | | | |
| □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 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年　　月　　日 |  | 0.5　mL |
| ２回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年　　月　　日 |  | 0.5　mL |
| ３回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年　　月　　日 |  | 0.5　mL |

実施場所：

医師名：

医師署名又は記名押印：