

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	<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	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：