

第2号様式（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

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：平成 年 月 日

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（サーバリックス）	
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（ガーダシル）	
予防接種を受けた年月日	1回目（接種量0.5ml）	
	接種年月日	年 月 日
	ロット番号	
	2回目（接種量0.5ml）	
	接種年月日	年 月 日
	ロット番号	
	3回目（接種量0.5ml）	
	接種年月日	年 月 日
	ロット番号	

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。

令和 年 月 日

医療機関の名称：

医療機関所在地：

医療機関電話番号：

医師署名又は記名押印：