様式第２号(第４条関係)

山都町子宮頸がんヒトパピローマウイルス感染症に係る接種費用助成事業申請用証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　山都町長　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 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍｌ |
| 　　　　　年　　月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍｌ |
| 　　　　　年　　月　　日 |
| ３回目 | 　ロット番号 | 　　　接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍｌ |
| 　　　　　年　　月　　日 |

　　　　　　　　　　　　　　　実施場所：

　　　　　　　　　　　　　　　実施医療機関コード：

　　　　　　　　　　　　　　　医師名：

　　　　　　　　　　　　　　　医師署名又は記名押印：