

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. 5 m l
	年		
	月 日		
	2 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0. 5 m l
	年		
	月 日		
	3 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0. 5 m l
	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：