

様式第2号(第4条関係)

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成申請用証明書

年 月 日

名護市長殿

(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			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
1回目	接種年月日	ロット番号	接種量	ワクチン代支払額
	年 月 日		0.5mL	円 記録がない場合にチェックして下さい <input type="checkbox"/> 記録なし
2回目	接種年月日	ロット番号	接種量	ワクチン代支払額
	年 月 日		0.5mL	円 記録がない場合にチェックして下さい <input type="checkbox"/> 記録なし
3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	ワクチン代支払額
	年 月 日		0.5mL	円 記録がない場合にチェックして下さい <input type="checkbox"/> 記録なし

※実施した回数分のみ記載してください。

医療機関所在地 :

医療機関名 :

医師署名又は記名押印 : \_\_\_\_\_

医療機関連絡先 :