

野洲市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

野洲市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

現住所： _____

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 (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	ロット番号	接種量	領収額
	接種年月日			円
	年		0.5 mL	(税込)
	月 日			・不明
	2回目	ロット番号	接種量	領収額
	接種年月日			円
	年		0.5 mL	(税込)
	月 日			・不明
	3回目	ロット番号	接種量	領収額
接種年月日			円	
年		0.5 mL	(税込)	
月 日			・不明	

実施場所：

医療機関コード：医師名：

医師の

署名又は記名押印：