ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成申請用証明書

年 月 日

(宛先) 焼津市長

被接種者情報

住 所
氏 名
生年月日

上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	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン		
	☐ 組換え沈降4価HPVワクチン		
予防接種をうけた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
年		0.5mL	
月 日			
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日			
年		0.5mL	
月 日			

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：