

関市長 様

関市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費補助金交付申請用証明書

〈申請者記入欄〉

被接種者	住 所	〒
	氏 名	
	生年月日	

〈医療機関記入欄〉

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	接種年月日	ロット番号	接種量
		年		0.5 ml
	月 日			
	2 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年		0.5 ml
	月 日			
3 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量	
	年		0.5 ml	
月 日				

上記の者がHPVワクチンを接種したことを証明します。

医療機関名：

医師名：

医師署名又は記名押印：