

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助費用助成申請用証明書

令和 年 月 日

伊方町長 様

被接種者 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			
予防接種を受けた年月日	接種年月日		ロット番号	接種量
	1回目	年 月 日		0.5 ml
	2回目	年 月 日		0.5 ml
	3回目	年 月 日		0.5 ml

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印