

様式第2号（第4条関係）

度会町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金交付申請用証明書

年 月 日

（宛先）度会町長

（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（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）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）			
1回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用 （自己負担分）
	年 月 日		0.5 mL	円
2回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用 （自己負担分）
	年 月 日		0.5 mL	円
3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用 （自己負担分）
	年 月 日		0.5 mL	円
医療機関名				
所在地				
医師又は代表者（署名又は記名押印）				
電話番号				