

様式第2 (第4条関係)

新城市HPVワクチン任意接種費用助成金申請用証明書

年 月 日

新城市長

(被接種者情報)※申請者が記入

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL

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。

住所

実施医療機関 名称

医師名 (署名または記名押印)