

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費用助成金
支給申請用証明書

年 月 日

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		
1回目	接種年月日	ロット番号	摂取量
	年 月 日		0.5ml
2回目	接種年月日	ロット番号	摂取量
	年 月 日		0.5ml
3回目	接種年月日	ロット番号	摂取量
	年 月 日		0.5ml

実施医療機関

医療機関コード

所在地

医療機関名

医師名

（署名又は記名押印）