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補助金申請用証明書

年　　月　　日

愛南町長　　　　　　様

(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 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン |
| □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 | 摂取量 |
| 接種年月日 |  | 0.5ml |
| 年　月　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 摂取量 |
| 接種年月日 |  | 0.5ml |
| 年　月　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 摂取量 |
| 接種年月日 |  | 0.5ml |
| 年　月　日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：