

様式第2号（第5条関係）

行田市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交付申請用証明書

年 月 日

行田市長

任意接種を受けた者

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		
予防接種を受けた日	1 回目	ロット番号	接種量
	接種日		0.5ml
	年 月 日		
	2 回目	ロット番号	接種量
	接種日		0.5ml
	年 月 日		
3 回目	ロット番号	接種量	
接種日		0.5ml	
年 月 日			

実施医療機関

(医療機関コード )

住 所

電話番号

医 師 名

医師署名又は記名押印

( )