

年 月 日

(宛先) 御所市長

(被接種者情報) 住 所

※申請者が記入 氏 名

生年月日

御所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申請用証明書

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		
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年		
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
年			
月 日			
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日		0.5ml	
年			
月 日			

実施場所

医療機関名

医師署名又は記名押印