

様式第 2 号（第 4 条関係）

ひたちなか市HPVワクチン任意接種費用に係る助成金交付申請用証明書

年 月 日

ひたちなか市長 殿

（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HPV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		
予防接種の 接種状況	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日		0.5 mL	
年			
月 日			

医療機関名：

医師署名又は記名押印：