

(記入例)

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交付申請用証明書

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 静岡市長

(被接種者情報) ※申請者が記入

申請者記入欄

住 所: 静岡市葵区城東町 24 番 1 号

氏 名: 静岡 花子

生年月日: 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

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 年月日	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		

実施医療機関:

医療機関コード:

医師名:

医療機関記入欄