

榛東村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

榛東村長 様

(被接種者情報)※申請者が記入

住 所 榛東村

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			

実施場所:

医療機関コード:

医師署名又は記名押印: