

第2号様式（第5条関係）

任意のヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金支給申請用証明書

被接種者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒		
	電話番号			

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの接種を受けたことについて、次のとおり証明します。

証明年月日		年 月 日		
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		
1回目	接種年月日	年 月 日	接種量	0.5 mL
	ロット番号		接種に係る料金	円
2回目	接種年月日	年 月 日	接種量	0.5 mL
	ロット番号		接種に係る料金	円
3回目	接種年月日	年 月 日	接種量	0.5 mL
	ロット番号		接種に係る料金	円
医療機関	名称		医療機関コード	
	住所	〒		
	医師名	(署名又は記名押印)		