

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成申請用証明書

白山市長 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		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年		0.5 mL
	月 日		
	2 回 目		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年		0.5 mL
	月 日		
	3 回 目		
接種年月日	ロット番号	接種量	
年		0.5 mL	
月 日			

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

（署名又は記名押印）