

様式第2号

大泉町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請用証明書

令和 年 月 日

大泉町長 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	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン		
	☐ 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		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		0.5 mL
	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：
医師名：

※ 医師名は本人が署名するか、記名押印してください。