

※医療機関による証明が必要な書類です。

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

●●●●様

医療機関名 △△クリニック

証明した医師の自署又は記名
押印が必要です。

医師署名又は記名押印 △△ △△

被接種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。

被接種者	フリガナ	○○ ○○	
	氏名	○○ ○○	
	生年月日	○年○○月○○日	
種類	<input type="checkbox"/> 2価HPVワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 4価HPVワクチン		
接種日および ロット番号		接種日	ロット番号
	1回目	△年△月△日	A001234 <input type="checkbox"/> 不明
	2回目	▲年▲月▲日	A001234 <input type="checkbox"/> 不明
	3回目	◇年◇月◇日	A001234 <input type="checkbox"/> 不明