

様式第2号（第4条関係）

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

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 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	<input type="checkbox"/> 不明
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不明
	3回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不明