

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申請用証明書

令和 年 月 日

中津市長 あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 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 月 日		0.5 mL
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL

医療機関名：

住 所：

医師署名又は記名押印：