

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申請用証明書

令和 年 月 日

天理市長 様

（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4価HPVワクチン |       |       |      |
|-------------|-----------------|-------|-------|------|
|             | 1回目             | ロット番号 | 接種量   | 接種金額 |
| 予防接種を受けた年月日 | 接種年月日           |       | 0.5mL | 円    |
|             | 年               |       |       |      |
|             | 月 日             |       |       |      |
|             | 2回目             | ロット番号 | 接種量   | 接種金額 |
|             | 接種年月日           |       | 0.5mL | 円    |
|             | 年               |       |       |      |
|             | 月 日             |       |       |      |
|             | 3回目             | ロット番号 | 接種量   | 接種金額 |
|             | 接種年月日           |       | 0.5mL | 円    |
| 年           |                 |       |       |      |
| 月 日         |                 |       |       |      |

医療機関名：

医療機関住所：

医師名：

医師署名又は記名押印：