

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 | | | |
|-------------|-----------------|-------|-------|------|
| 予防接種を受けた年月日 | 1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 | | | |
| | 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：