

別記様式第2号（第4条関係）

呂楽町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成金交付申請用証明書

年 月 日

呂楽町長 宛て

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日：平成 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（サーバリックス®）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）			
予防接種を受けた年月日	1回目			
	接種年月日	年 月 日		
	ロット番号		接種量	0.5 ml
	金額		円	<input type="checkbox"/> 金額不明
	2回目			
	接種年月日	年 月 日		
	ロット番号		接種量	0.5 ml
	金額		円	<input type="checkbox"/> 金額不明
	3回目			
	接種年月日	年 月 日		
	ロット番号		接種量	0.5 ml
	金額		円	<input type="checkbox"/> 金額不明

実施場所：

医師名：

医師署名または記名押印：