様式第2号（第4条関係）

吉備中央町子宮頸がんワクチン任意予防接種助成金交付申請用証明書

　　年　　月　　日

　　吉備中央町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者情報）

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２価ＨＰＶワクチン |
| □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 |
| 接種年月日 |  | 　　mL |
| 　　　　年月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 　　mL |
| 　　　　年月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 　　mL |
| 　　　　年月　　日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：