

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	<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	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		mL	
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：