

第2号様式（第4条関係）

日進市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種補助金申請用証明書

年 月 日

日進市長 宛て

（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	<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		0.5 mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		

医療機関名

医師名

(医師名については、自署又は記名押印)