

様式第2号(第6条関係)

琴浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費助成申請用証明書

令和 年 月 日

琴浦町長 様

〈 申請者記入欄 〉

被接種者	住所	
	氏名	
	生年月日	

〈 医療機関記入欄 〉

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等	1回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日		0.5 mL	円
	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。

医療機関名：

医師名：

医師署名又は記名押印