

別記様式第2号（第5条関係）

竜王町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用
接種証明書

年 月 日

竜王町長

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

医療機関名：

医療機関住所：

医師署名または記名押印：