

別記様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係るワクチン任意接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

多治見市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者が HPV ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチン種類	<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 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

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：