

子宮頸がん予防ワクチン（HPV ワクチン）任意接種補助金交付申請用証明書

年 月 日

（あて先）四條畷市長

（被接種者情報）※申請者が記入

フリガナ	
氏名	
現住所	
生年月日	年 月 日

上記の者が子宮頸がん予防ワクチン（HPV 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 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：