

第2号様式（第4条関係）

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申請用証明書

年 月 日

（宛先） 秦野市長

（医療機関記入欄）

住所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

医療機関コード \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次の者がヒトパピローマウイルス感染症粒子ワクチンを任意接種したことを証明します。

接種を受けた者の 氏 名	
住 所	(〒 - )
生 年 月 日	年 月 日

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		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			

※該当する項目に☑を入れてください。

※ロット番号が不明の場合は「不明」と記入してください。