

第2号様式

町田市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金申請用証明書

年 月 日

町田市長 様

(接種を受けた方の情報) ※申請者が記入

氏 名 :

生年月日 :

住 所 :

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

実施医療機関

所在地 :

名 称 :

医師名もしくは

代表者名

印