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 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン |
| □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 |  | 0.5　　mL |
| 月 | 年　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL |
| 月 | 年　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL |
| 月 | 年　日 |

実施医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地：

名　称：

医師名もしくは　代表者名

印