様式第２号（第５条関係）

益田市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種助成金交付申請用証明書

　　年　　月　　日

益田市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者情報）※申請者が記入

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　氏名：

生年月日：

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 |
| 　　　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 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：