

横手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成金申請用証明書

令和 年 月 日

横手市長 殿

被接種者情報 ※申請者が記入

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 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	<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		

医療機関名：

電話番号：

医療機関コード：

医師署名または記名押印：