

様式第2号（第4条関係）

大田原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成申請用証明書

年 月 日

大田原市長 様

（被接種者情報）

※申請者が記入してください。

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	<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		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

所在地

名 称

医師名