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 | □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 |

医療機関

所在地

名　称

医師名