

様式第2号（第4条関係） **医療機関で証明した
日付の記載をお願いします。**

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。

任 所
氏 名
生年月日

**該当箇所にチェック
をお願いします。**

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

医師名は、
「署名」または「記名押印」
をお願いします。