

別記第2号様式（第4条関係）

音更町子宮頸がん予防に係る任意接種費用補助金交付申請用証明書

令和 年 月 日

音更町長 宛て

（被接種者情報）※申請者が記入

被接種者の住所 _____

被接種者の氏名 _____

生 年 月 日 _____ 年 月 日生

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 <input type="checkbox"/> 2価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 4価HPVワクチン		
	1回目	ロット番号	接種量
予防接種を受けた年月日	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 _____

代表者氏名又は

接種を行った医師名 _____

（署名又は記名・押印）