

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

瑞穂町長 あて

接種を受けた方  
住 所

氏 名  
電話番号

瑞穂町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費給付申請用証明書

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 号 ロ ッ ト 番 号 接 種 量	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 ml
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 ml
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 ml	
月 日			

接種医療機関：

医療機関コード：

医師名：