

様式第 2 号（第 6 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

瑞穂町男性HPVワクチン任意予防接種費用助成金申請用証明書

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（HPV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 4 価HPVワクチン（ガーダシル）		
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日 ロ ッ ト 番 号 接 種 量	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		

接種医療機関：

医療機関コード：

医師名：