

様式第2号（第4条関係）

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

那須町長様

被接種者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

\*証明を受ける者が記入

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 |       |       |       |
| 接種状況    |   | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量   |
|         | 1回目                                     | 年 月 日 |       | 0.5mL |
|         | 2回目                                     | 年 月 日 |       | 0.5mL |
|         | 3回目                                     | 年 月 日 |       | 0.5mL |

医療機関名：

医師名：

（署名又は記名押印）