

様式第2号(第4条関係)

本庄市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金
交付申請用証明書

年 月 日

(あて先)本庄市長

被接種者情報 (※申請者が記入)

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : _____

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	
回数	接種年月日	ロット番号 (番号の記載又は☑)	接種量
1回目	年 _____ 月 _____ 日 _____	(_____) <input type="checkbox"/> 不明	0.5 mL
2回目	年 _____ 月 _____ 日 _____	(_____) <input type="checkbox"/> 不明	0.5 mL
3回目	年 _____ 月 _____ 日 _____	(_____) <input type="checkbox"/> 不明	0.5 mL

(※医療機関等が記入)

医療機関名 :

所在地 :

医師名 (署名又は記名押印) :