

様式第2号（第3条関係）

鯖江市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

鯖江市長 殿

（被接種者情報）

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（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	1回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
	接種年月日		0.5mL	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
	接種年月日		0.5mL	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
	接種年月日		0.5mL	円
	年 月 日			

実施場所：

医療機関名：

医師署名または記名押印：