

様式第2号（第5条関係）

糸魚川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

糸魚川市長 様

被接種者 氏 名  
住 所  
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"/> サーバリックス（組換え沈降2価）		
	<input type="checkbox"/> ガーダシル（組換え沈降4価）		
予防接種を 受 け た 年 月 日	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		

実施医療機関 住 所  
名 称  
医師名