

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

国立市長 殿

国立市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請用証明書

次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。

被接種者	ふりがな 氏 名	
	生年月日 年 齢	年 月 日（ 歳 か月）
	住 所	
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	接種年月日 年 月 日
		ロット番号
		接種量 0.5ml
	2回目	接種年月日 年 月 日
		ロット番号
		接種量 0.5ml
	3回目	接種年月日 年 月 日
		ロット番号
		接種量 0.5ml

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名（自署）