

様式第2号（第5条関係）

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
交付申請用証明書

年 月 日

中野区長 宛て

（接種を受けた者）※申請者が記入

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

上記の者に係るヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種について、
次のとおり証明します。

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		
予防接種の年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		ml
	月		
	日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		ml
	月		
日			
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日			
年		ml	
月			
日			

接種医療機関 _____

医療機関コード _____

医師署名又は
記名押印 _____