

様式第2号（第6条関係）

嘉麻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

年 月 日

（あて先）嘉麻市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入してください。

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_

生年月日：\_\_\_\_\_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 |        |        |
| 予防接種を受けた<br>年月日 | 1回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
|                 | 接種年月日                                   |        |        |
|                 | 年                                       |        | 0.5 ml |
|                 | 月 日                                     |        |        |
|                 | 2回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
|                 | 接種年月日                                   |        |        |
|                 | 年                                       |        | 0.5 ml |
|                 | 月 日                                     |        |        |
|                 | 3回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
| 接種年月日           |   |        |        |
| 年               |   | 0.5 ml |        |
| 月 日             |   |        |        |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：