

令和 年 月 日

泉大津市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

被接種者氏名

生 年 月 日 平成 年 月 日

住 所 泉大津市

※令和4年4月1日時点の住所

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種任意接種費用交付申請用証明書

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

(実施医療機関)

住 所

名 称

医師名

医師署名又は記名押印