

様式第2（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助成金交付申請用証明書

年 月 日

（宛先）北名古屋市長

（被接種者情報） ※申請者が記入する事

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

上記の者がヒトパピローマウイルス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	
1回目	ロット番号	接種量
接種年月日		
年		0.5ml
月 日		
2回目	ロット番号	接種量
接種年月日		
年		0.5ml
月 日		
3回目	ロット番号	接種量
接種年月日		
年		0.5ml
月 日		

医療機関 所在地：

名称：

電話番号：

医師名：

（署名または記名押印）