

尾張旭市長 殿

被接種者 氏名
住所 〒

生年月日 平成 年 月 日

ヒトパピローマウイルスワクチン任意接種費用助成金交付申請に係る接種証明書

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"/> 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	回数	接種年月日	ロット番号	接種量
	1回目	H・R 年 月 日		0.5 mL
	2回目	H・R 年 月 日		0.5 mL
	3回目	H・R 年 月 日		0.5 mL
医療機関名 (実施場所)				
医師署名又は 記名押印				