

第2号様式（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種助成金交付申請書用証明書

令和 年 月 日

相模原市長 あて

住 所： _____

接種した方 氏 名： _____

※申請者が記入

生年月日：平成 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（サーバリックス）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
予防接種を受けた年月日等	1回目	接種年月日	ロット番号	接種費用
		年 月 日		円
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種費用
		年 月 日		円
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種費用
		年 月 日		円

○医療機関の方へ

- ・貴院で実施した分のみ記載してください。
- ・ロット番号、接種費用が不明な場合は、その旨記載してください。

令和 年 月 日

住 所： _____

実施医療機関 名 称： _____

医師名： _____

(医師署名又は記名押印)