

新座市ヒトパピローマウイルス感染症
予防接種費助成金交付申請用証明書

申請先) 新座市長

(接種を受けた人)

氏 名: _____

生 年 月 日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下、接種医療機関記入欄

上記の者がヒトパピローマ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"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン (サーバリックス)		
	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降4価HPVワクチン (ガーダシル)		
	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降9価HPVワクチン (シルガード)		
予防接種を受けた 事実の証明事項	1回目		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5ml
	2回目		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5ml
	3回目		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5ml

接種医療機関名

記入医師名 (署名又は記名押印)

記入年月日

年 月 日