

様式第2号(第4条関係)

阿南市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

阿南市長 宛て

(被接種者)※申請者が記入

住 所 :

氏 名 :

生年月日 :

被接種者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを任意接種(全額自己負担にて接種)したことを証明します。 ※該当する回数分のみご記入ください。シルガード9(9価ワクチン)は対象外です。

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)		
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 ml
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 ml
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 ml	
月 日			

実施場所:

医療機関コード:

医師名:

医師署名又は記名押印: