

助成金交付申請用証明書

年 月 日

四国中央市長 様

（任意接種を受けた者）

住所

氏名

生年月日

上記の者がHPV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			
予防接種を受けた年月日等	1回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円
	年 月 日			

実施場所

医療機関コード

医師名

（署名又は記名押印）