

様式第2号（第4条関係）

子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）任意接種費助成金交付申請用証明書

年 月 日

越前市長 殿

【申請者記入欄】

被接種者	住 所	〒
	氏 名	
	生年月日	

【医療機関記入欄】

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	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	予診のみ		
年 月 日			

上記の者が子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）を接種したことを証明します。

医療機関名：

医師名：

医師署名又は記名押印：