

富加町子宮頸がん予防(HPV)ワクチン任意接種費用助成金申請用証明書

年 月 日

富加町長様

※申請者が記入してください。

被接種者情報	住所	
	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日 ( 歳)

上記の者が、ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(HPVワクチン)を任意で接種したことを証明します。

※医療機関記入欄

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス(2価)	<input type="checkbox"/> ガーダシル(4価)	
接種回数	接種日	ロット番号	接種量
1回目	年 月 日		0.5ml
2回目	年 月 日		0.5ml
3回目	年 月 日		0.5ml

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名