

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成申請用証明書

令和 年 月 日

（あて先）前橋市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

|                       |   |        |        |
|-----------------------|---|--------|--------|
| ワクチン<br>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<br>を受けた<br>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 師 名：

医師署名又は記名押印：