

ヒトパピローマウイルス感染症任意予防接種費補助金交付申請用証明書

水戸市長 様

年 月 日

被接種者 (※)	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	
	生 年 月 日	

※ 申請者が記入してください。

上記の者が、ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを下記のとおり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					
接種回数	1回目		2回目		3回目	
接種年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
ロット番号						
接種量	0.5 ml		0.5 ml		0.5 ml	
接種費用 ※ 領収済みの場合は、□にレを記入してください。	円 □		円 □		円 □	
支払い年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
備考						

医療機関所在地

医療機関名称

医師署名又は記名押印

電話番号