

第2号様式（第5条関係）

子宮頸がん予防ワクチン接種助成金任意接種証明書

年 月 日

（宛先）津市長

住 所
申請者 氏 名 ⑩
生年月日

上記の者が子宮頸がん予防ワクチン（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。

【医療機関記入欄】

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
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		

所在地
医療機関名
医師名又は ⑩
代表者

※ 申請者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。