

三田市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費助成金申請用証明書

年 月 日

三田市長 様

(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 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		0.5ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日		0.5ml	
年 月 日			

実施場所 :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :