

様式第2号（第7条関係）

HPV感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

湯沢市長 様

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：

次のとおりHPVワクチンを接種したことを証明します。

被接種者 (接種者記入)	住所			
	氏名		生年月日	
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	領収金額
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	領収金額
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	領収金額
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			