

様式第2号（第4条関係）

笠松町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金申請用証明書

年 月 日

（あて先）笠松町長

（被接種者）

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

実施医療機関

場所

名称

電話番号

医師名

印