

城陽市予防接種奨励金支給申請用証明書  
(ヒトパピローマウイルスワクチン任意接種用)

令和 年 月 日

城陽市長 様

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	<b>1回目</b>	ロット番号	接種量	接種費用	
	接種年月日		0.5ml	円	
	年				
	月 日	<b>2回目</b>	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円	
	<b>3回目</b>	ロット番号	接種量	接種費用	
	接種年月日		0.5ml	円	

実施場所 :

医療機関コード

医師名 :

医師署名又は記名押印 :