

子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用に係る助成金申請用証明書

釧路市長 殿

被接種者情報			
現住所			
氏 名			
生年月日	平成	年	月 日

-----（以下、接種医療機関が記入）-----

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。

接種した ワクチン の種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）		
接種記録	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			

（作成日）令和 年 月 日

接種医療機関名称 :

接種医療機関所在地 :

医師署名又は記名押印 :