

様式第2（第5条関係）

小牧市子宮頸がんワクチン任意接種補助金申請用証明書

年 月 日

（宛先）小牧市長

（被接種者情報）

住 所 〒

氏 名

生年月日

電話番号

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（子宮頸がんワクチン）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：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。