

様式第2号

坂井市子宮頸がん（HPV）ワクチン接種費助成金交付申請用証明書

令和 年 月 日

坂井市長 様

〈申請者記入欄〉

被接種者	住所	〒
	氏名	
	生年月日	

〈医療機関記入欄〉

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）				
予防接種を受けた年月日	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
		月 年 日		0.5mL	
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
		月 年 日		0.5mL	
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
		月 年 日		0.5mL	

上記の者が子宮頸がん（HPV）ワクチンを接種したことを証明します。

医療機関名称：

医療機関所在地：

医師署名又は記名押印：