

様式第2号（第5条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払助成金交付申請証明書

年 月 日

菊池市長 様

（接種を受けた者）※申請者が記入

住所

氏名

生年月日

上記の者に係るヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種について、
次のとおり証明します。

ワクチンの種類	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン		
	☐ 組換え沈降4価HPVワクチン		
予防接種の年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		ml
	年		
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		ml
	年		
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		ml
	年		
	月 日		

接種医療機関

医療機関コード

医師署名又は
記名押印