

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成申請用証明書

宗像市長

（被接種者情報） ※申請者が記入

住 所：	_____
氏 名：	_____
生年月日：	_____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			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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	接種時の支払額 (不明な場合は不明欄にチェック)
	接種年月日		0.5 mL	<input type="checkbox"/> 不明 円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種時の支払額 (不明な場合は不明欄にチェック)
	接種年月日		0.5 mL	<input type="checkbox"/> 不明 円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種時の支払額 (不明な場合は不明欄にチェック)
	接種年月日		0.5 mL	<input type="checkbox"/> 不明 円
	年 月 日			

令和 _____年 _____月 _____日

実施医療機関：
所 在 地：
連 絡 先：
代 表 者：

書類作成担当者名：