子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成申請用証明書

年　 月　 日

長 岡 市 長　様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 　所：

氏 　 名：

生年月日：

上記の者が子宮頸がん予防ワクチンを接種したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 予防接種を受けた年 月 日 | １回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　 mL |
| 年　 月　 日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　 mL |
| 年　 月　 日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　 mL |
| 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：