

様式第2号（第4条関係）

佐倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成申請用証明書

令和 年 月 日

（宛先）佐倉市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者から、佐倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成事業実施規則第4条第1項第2号に規定する書類（助成を受けようとする者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等（写し））を提出できない旨の申し出があったため、当医療機関において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以下のとおり証明します。

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		0.5 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		

実施医療機関：

代表者名： _____ 印

（医療機関コード： _____ ）

接種した医師名：