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

（あて先）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 | □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 |

実施医療機関：

　　　　　　　　　　代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

（医療機関コード：　　　　　　　　　　）

接種した医師名：