

様式第2号（第4条関係）

寄居町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種補助金申請用証明書

年 月 日

（宛先）

寄居町長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所

氏 名

連絡先

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（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）		
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		0.5ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		

実施医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

医師署名又は記名押印：