

年 月 日

（宛先）下関市長

（対象者（予防接種を受けた者）の情報）※申請者が記入

現住所：_____

氏名：_____

生年月日：_____

子宮頸がん（HPV）ワクチンに係る任意接種費用助成金交付申請用証明書

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		
接種年月日等	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			

接種場所：

（住所）

（名称）

医師名：

医師署名又は記名押印：