

第2号様式（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症に係る任意接種費用助成申請用証明書

年 月 日

（宛先）大田区長

（接種した方）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

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）		
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
予防接種を受けた年月日	1回目		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	平成・令和 年 月 日		0.5 mL
	2回目		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	平成・令和 年 月 日		0.5 mL
	3回目		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	平成・令和 年 月 日		0.5 mL

（実施医療機関）

住 所：

名 称：

医師署名又は記名押印：