

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症に係る接種証明書  
（キャッチアップ接種申請・費用助成）

令和 年 月 日

潟上市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

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			
予防接種 を受けた 年 月 日	1回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
接種年月日				
年		0.5 mL	円	
月 日				

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：

市確認欄	<input type="checkbox"/> キャッチアップ接種申請 <input type="checkbox"/> 費用助成
------	---