

滝沢市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用の助成申請用証明書

上記の者が子宮頸がん予防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価子宮頸がん予防ワクチン			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価子宮頸がん予防ワクチン			
予防接種を受けた年月日	接種年月日		ロット番号	接種量
	1回目	年 月 日		0.5 mL
	2回目	年 月 日		0.5 mL
	3回目	年 月 日		0.5 mL

実施場所（医療機関名）：

医師名（医師署名又は記名押印）：