

南伊勢町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

（宛先）南伊勢町長

所在地
 名称
 医療機関等 医師又は代表者氏名
 電話番号

下記のとおりヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種し、接種費用を領収したことを証明します。

被 接 種 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	平成 年 月 日	
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"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）		
予 防 接 種 を 受 け た 年月日・ロット 番号・接種費用 （自己負担額）	1 回 目	ロット番号	接種費用(自己負担額)
	接 種 年 月 日		
	年 月 日		
	2 回 目	ロット番号	接種費用(自己負担額)
	接 種 年 月 日		
	年 月 日		
	3 回 目	ロット番号	接種費用(自己負担額)
	接 種 年 月 日		
	年 月 日		
備 考			