

様式第2号（第4条関係）

深谷市子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）に係る
任意接種費用補助金交付用証明書

年 月 日

深谷市長 宛て

（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
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		

実施場所：

医師名：

医師署名又は記名押印：