

生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補助金交付申請用証明書

年 月 日

（あて先）生駒市長

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（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）			
予 防 接 種 実 施 年 月 日		接種年月日	ロット No.	接種量
	1回目	年 月 日		0.5ml
	2回目	年 月 日		0.5ml
	3回目	年 月 日		0.5ml

実 施 医 療 機 関：

医 師 名：

医師署名又は記名押印：