

様式第2号（第5条関係）

川越町ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

川越町長 様

被接種者 氏名 _____

現住所 _____

生年月日 _____

上記の者が、HPV 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		
接種日及び ロット番号	1回目	年 月 日	ロット番号
	2回目	年 月 日	ロット番号
	3回目	年 月 日	ロット番号

住所 _____
実施医療機関 名称 _____
医師名 _____ 印