様式第２号（第４条関係）

子宮頸がん任意予防接種歴及び接種費用証明書

年　　月　　日

ふじみ野市長　宛て

（※申請者が記入）

被接種者　住所

氏名

生年月日　　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。

<table>
<tr><td rowspan="2">ワクチンの種類</td><td colspan="4">□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン</td></tr>
<tr><td colspan="4">□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン</td></tr>
<tr><td rowspan="9">予防接種を受けた年月日</td><td>１回目</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td><td>接種費用</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">０．５ ml</td><td rowspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年
月　　日</td></tr>
<tr><td>２回目</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td><td>接種費用</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">０．５ ml</td><td rowspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年
月　　日</td></tr>
<tr><td>３回目</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td><td>接種費用</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">０．５ ml</td><td rowspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年
月　　日</td></tr>
</table>

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：