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。

|  |  |
| --- | --- |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン |
| □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 |  | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | ０．５ | ml  | 　　　　　　　　円 |
| 年　月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 　接種量 |  | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 　０．５ | ml | 　　　　　　　　円 |
| 年　月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 　接種量 |  | 接種費用 |
| 接種年月日 |   | 　０．５ | ml  | 　　　　　　　　円 |
| 年　月　　日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：