

年 月 日

上野原市長 宛

住 所
氏 名
生年月日 年 月 日

上野原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成事業申請用証明書

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

実 施 場 所

医 療 機 関 コ ー ド

医師署名又は記名押印