

杉戸町子宮頸がん予防に係る任意接種費用助成金申請用証明書

年 月 日

杉戸町長 へ

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所

氏 名

生年月日 平成 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）		
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種費用
	接種年月日		
	年 月 日		円
	2回目	ロット番号	接種費用
	接種年月日		
	年 月 日		円
	3回目	ロット番号	接種費用
	接種年月日		
	年 月 日		円

※ロット番号や接種費用が不明な場合は、その旨を明記する

実施医療機関

所在地

医療機関名

医師署名又は記名押印