

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

（あて先）京田辺市長

京田辺市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成申請用証明書

（被接種者情報） ※申請者が記入

住所： _____

氏名： _____

生年月日： _____

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		

接種場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：