

様式第2号（第4条関係）

松山市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請用証明書

令和 年 月 日

（宛先）松山市長

被 接 種 者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	平成 年 月 日

※申請者が記入

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	ロット番号	接種量
1 回 目	平成・令和 年 月 日		0.5mL
2 回 目	平成・令和 年 月 日		0.5mL
3 回 目	平成・令和 年 月 日		0.5mL

医 療 機 関 名：
（実 施 場 所）

医 療 機 関 所 在 地：

医 師 署 名 又 は 記 名 押 印：