様式第２号（第４条関係）

大木町子宮頸がん予防接種費助成金交付申請用証明書

大木町長　様

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

上記の者が、子宮頸がん予防ワクチンを任意接種したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| ワクチンの種類 | □　サーバリックス（組換え沈降２価子宮頸がん予防ワクチン）□　ガーダシル （組換え沈降４価子宮頸がん予防ワクチン） |
| 接種回数 | 接種日 | ロット番号 | 接種量 |
| １回目 | 年　　　月　　　日 | 　　　　　　　 | 0.5　ml |
| ２回目 | 年　　　月　　　日 | 　　　　　　　 | 0.5　ml |
| ３回目 | 年　　　月　　　日 | 　　　　　　　 | 0.5　ml |

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　接種医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　 師　 名　 　 印