

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

本巢市長 様

被接種者情報 ※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日：

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。

※下記内容は、接種を行った医療機関が記入してください。

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

医療機関名：