

様式第2号（第3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

光市長 様

(接種者情報)

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。

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

医療機関名 :

医 師 名 :