

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

(あて先)相生市長

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所 :

氏 名 :

生年月日 : 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 年月日等	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		

実施場所 :

医療機関コード :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :