

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

さくら市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

次のとおり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	接種費用
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5 mL	円
	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：