

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

小城市長 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。

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