

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申請用証明書

年 月 日

(宛先) 東温市長

(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（サーバリックス®）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）			
予防接種を受けた 年 月 日	一 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5ml
	二 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5ml
	三 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5ml

記載年月日： 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

(署名又は記名押印)