

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

長門市長 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 月 日		0.5mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		0.5mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		0.5mL

実施場所 :

医療機関コード :

医師名 :

医師署名又は記名押印