

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

みやき町長 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 : _____