

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

令和 年 月 日

（あて先）東金市長

（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		
	<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等	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	金額	円	
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	金額	円	
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
年		0.5 mL	
月 日			
金額	円		

実施場所
医療機関名

医師名：
医師署名又は記名押印：