

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)一宮市長

(被接種者情報)※申請者が記入

住所:

氏名:

生年月日:

<医療機関記入欄>

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	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		0.5 mL

医療機関名:

医師名:

医師署名又は記名押印: