

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

網走市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

住所 :

氏 名 :

生年月日 : 平成 年 月 日生

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	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン		
	☐ 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		mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		mL

予 防 接 種 :

実施医療機関

医 療 機 関 :

コ ー ド

担当医師名 :

医師署名又は :

記 名 押 印