

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 4 年 7 月 1 日

網走市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所 : 網走市北3条西4丁目

氏 名 : 網走 みさき

生年月日: 平成 12 年 4 月 22 日生

(被接種者情報)のみ
申請者が記入してくだ
さい
以下、証明欄は病院側
で記入となります

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 平成 31 年 4 月 20 日	××●●●1	0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 令和 1 年 6 月 27 日	××●●●2	0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 令和 1 年 11 月 10 日	××●●●3	0.5 mL

2価HPVワクチン
が「サーバリックス」
4価HPVワクチン
が「ガーダシル」に
なります

予 防 接 種 : 網走クリニック
実施医療機関

医 療 機 関 : 00000000
コ ー ド

担当医師名 : 網走 太郎

医師署名又は : 網走 太郎
記 名 押 印

署名の場合、押印は省
略できます