

様式第2号（第4号関係）

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

砥部町長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 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（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		0.5ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		

※実施した回数分のみ記載してください。

※ロット番号や接種費用が不明な場合は、その旨明記してください。

医 療 機 関 所 在 地：

医 療 機 関 名：

医師署名又は記名押印：