

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

年 月 日

豊後高田市長 様

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

※該当する項目に☑を入れてください。

実施場所

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：