

様式第 2 号(第 4 条関係)

被接種者情報(申請者が記入)

住所 笛吹市

氏名

生年月日 年 月 日

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

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		
	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	

笛吹市長 様

上記の者が上記のとおり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。

年 月 日

実施場所

医師名

(医師署名又は記名押印)