

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

西原町長 殿

(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

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"/> 組み換え沈降2価 HPV ワクチン <input type="checkbox"/> 組み換え沈降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			

実施場所:

医療機関コード:

医師名:

医師署名又は記名押印: