

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

矢掛町長 殿

（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（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 日 年 月	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ミリリットル
	月 年 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ミリリットル
	月 年 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ミリリットル
月 年 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：