

様式第2号 (第4条関係)

燕市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

燕市長 あて

(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	回数	接種年月日	ロット番号	接種量
	1回目	平成・令和 年 月 日		0.5ml
	2回目	平成・令和 年 月 日		0.5ml
	3回目	平成・令和 年 月 日		0.5ml

実施医療機関

住所

名称

医師名(※)