

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

（宛先）紀の川市長

（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	接種費用	
	接種年月日		0.5ml	円	
	年				
	月 日	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円	
	年				
	月 日	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円	
	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：