

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

宇多津町長 殿

(被接種者情報)※申請者が記載

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)		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン(シルガード9)		
予防接種を受けた年月日	1回目	接種年月日	
		ロット番号	
		接種量	0.5 ml
	2回目	接種年月日	
		ロット番号	
		接種量	0.5 ml
	3回目	接種年月日	
		ロット番号	
		接種量	0.5 ml

実施場所:

医療機関コード:

医師名:

(医師署名又は記名押印)