

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

令和 年 月 日

碧南市長 様

(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		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5ml
	2 回 目		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5ml
	3 回 目		
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5ml

医療機関の名称および所在地

医師署名又は記名押印