

様式第2号（第4条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

HPVワクチン償還払い申請用証明書

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛 彦 あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所

氏 名

生年月日

上の者がHPV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		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		

医療機関名

医師署名又は記名押印