

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

岬町長 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（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 | 1回目 | ロット番号 | 接種量 |
| | 接種年月日 | | 0.5. ml |
| | | | |
| | 2回目 | ロット番号 | 接種量 |
| | 接種年月日 | | 0.5. ml |
| | | | |
| | 3回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 | | 0.5. ml | |
| | | | |

実施場所：

医療機関の名称：

医師署名又は記名押印：