

様式第2号

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

八幡市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所 :

氏 名 :

生年月日 : 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	回数	接種年月日	ロット番号	接種量	接種時の費用(税込) 〔不明の場合は現在の 任意接種費用(税込)〕
	1回目	年 月 日		0.5ml	円
	2回目	年 月 日		0.5ml	円
	3回目	年 月 日		0.5ml	円

医療機関名 :

医療機関住所 :

医療機関コード :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :