

様式第 2 号 (第 4 条関係)

総社市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請用証明書

令和 年 月 日

総社市長 様

(被接種者用情報) ※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	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	2 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	3 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
年 月 日			

実施場所

住 所 :

医療機関名 :

医師名

医師署名又は記名押印 :