

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請用証明書

年 月 日

日光市長 様

（接種を受けた人の情報）※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（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（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		0.5ml
	() 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			

実施場所：

医療機関コード

代表者氏名：

医師署名又は記名押印：