

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

年 月 日

佐伯市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

現住所 _____

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任意接種したことを証明します。

予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日	1回目	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		
	接種年月日		ロット番号	摂取量	金額
	年	月	日	0.5mL	円
	2回目	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		
	接種年月日		ロット番号	摂取量	金額
	年	月	日	0.5mL	円
	3回目	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		
	接種年月日		ロット番号	摂取量	金額
	年	月	日	0.5mL	円

※定期接種及びキャッチアップ接種を除く

所在地

医療機関名

代表者氏名

