

様式第2号（第4関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払申請用証明書

年 月 日

北上市長 様

（被接種者情報）

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者が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		
	<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		0.5ml
	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			

実施医療機関：

医師名：

Ⓜ