

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償還払い申請用証明書

年 月 日

たつの市長 様

（被接種者情報）

住 所：

氏 名：

生年月日： 年 月 日

上記の者が、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価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン (サーバリックス)			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン (ガーダシル)			
予防接種を受けた年月日	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5ml
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5ml
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5ml

実 施 場 所：

医 療 機 関 コ ー ド：

医 師 名：

医師署名又は記名押印