

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

令和 年 月 日

上関町長 殿

(被接種者情報) ※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		0.5ml
	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		
接種医療機関	名称		
	医師署名又は記名押印		