

様式第2号（第5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

千代田区長殿

（被接種者）

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下記のとおり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			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン			
予防接種を受けた年月日	1回目	接種年月日 年 月 日	ロット番号	接種量 0.5mL
	2回目	接種年月日 年 月 日	ロット番号	接種量 0.5mL
	3回目	接種年月日 年 月 日	ロット番号	接種量 0.5mL

実施医療機関	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	医師名	(印)