

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

桑名市長 あて

年 月 日

（被接種者情報） ※ 申請者が記入

住所

氏名

生年月日 平成 年 月 日

※ 以下、証明者（医療機関または医師）が記入

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（サーバリックス®）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日		0.5 ml	円
	平成・令和 年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日		0.5 ml	円
	平成・令和 年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日		0.5 ml	円
	平成・令和 年 月 日			

※実施した回数分のみ記載してください。

※ロット番号・接種金額が不明の場合はその旨明記してください。

医療機関所在地

医療機関名

医療機関電話番号

医師署名または記名押印