

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

苅田町長 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	接種費用
	接種年月日 年 月 日		0.5 ml	
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日 年 月 日		0.5 ml	
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日 年 月 日		0.5 ml	

※接種費用がわからない場合は不明と記載してください。

医療機関住所:

医療機関名:

電話番号:

医師署名又は記名押印: