

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

令和 年 月 日

常総市長 宛て

（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

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
	接種年月日		0.5 ml
	平成・令和 年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	平成・令和 年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	平成・令和 年 月 日		

医療機関所在地：

医療機関名：

医師名：

医師署名又は記名押印：