

別記様式第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

年 月 日

上三川町長 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（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®）			
1回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用 (本人負担済額)
	年 月 日		0.5 mL	円 <input type="checkbox"/> 記録なし 記録がない場合はチェックしてください
2回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用 (本人負担済額)
	年 月 日		0.5 mL	円 <input type="checkbox"/> 記録なし 記録がない場合はチェックしてください
3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用 (本人負担済額)
	年 月 日		0.5 mL	円 <input type="checkbox"/> 記録なし 記録がない場合はチェックしてください

医療機関所在地：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：

医療機関電話番号：