

第2号様式（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

北方町長 様

（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®)			
回数	接種年月日	ロット番号	接種量	実施場所
1回目				
2回目				
3回目				

医療機関コード：

医 師 名：

医師署名又は記名押印：