

第2号様式（第4条関係）

羽島市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

（あて先）羽島市長

（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）		
接 種 年 月 日	1回目	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5 mL

実施場所：

医療機関コード：

医師名：