

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

田辺市長 宛て

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日：

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス（組換え沈降2価HPVワクチン）		
	<input type="checkbox"/> ガーダシル（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
	接種年月日		
	年		
	月 日		m L
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		
	月 日		m L
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		
	月 日		m L

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。

年 月 日

医療機関
所在地
名称
代表者氏名

印