

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

能勢町長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所 : 能勢町

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）			
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		0.5m L	
	年			
	月 日	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5m L	
	年			
	月 日	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5m L	
	年			
月 日				

実施場所:

医療機関コード:

医師名:

医師署名又は記名押印: