

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

南伊豆町長 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		
	<input type="checkbox"/> 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		0.5 mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	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 :