

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

(宛先) 中央区長

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

実施場所（医療機関名）：

医療機関コード：

医 師 氏 名：

（署名又は記名押印）