

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費用償還払申請用証明書

（あて先） 八戸市長

令和 年 月 日

（被接種者情報） ※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： 平成 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。

記

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） <input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）		
回数	接種年月日	ロット番号	接種量
1回目	年 月 日		0.5ml
2回目	年 月 日		0.5ml
3回目	年 月 日		0.5ml

※ 実施した回数分のみ記載してください

※ ロット番号が不明な場合は、その旨明記してください

医療機関所在地

医療機関名：

医師署名又は記名押印： _____