

様式第 2 号（第 3 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）河内長野市長

（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	☐ 組換え沈降 2 価HPVワクチン		
	☐ 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		ml
	年		
	月 日		
	2 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		ml
	年		
	月 日		
	3 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		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：