

別記様式第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

（申請先） 標茶町長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 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	料金
	接種年月日			
	年		0.5ml	¥
	月 日			
	2 回目	ロット番号	接種量	料金
	接種年月日			
	年		0.5ml	¥
	月 日			
	3 回目	ロット番号	接種量	料金
	接種年月日			
	年		0.5ml	¥
	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：