

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

(宛先) 周南市長

年 月 日

(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				
1回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用	支払年月日
	年 月 日		0.5mL	円 記録がない場合は下記に チェックしてください <input type="checkbox"/> 記録なし	年 月 日 記録がない場合は下記に チェックしてください <input type="checkbox"/> 記録なし
2回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用	支払年月日
	年 月 日		0.5mL	円 記録がない場合は下記に チェックしてください <input type="checkbox"/> 記録なし	年 月 日 記録がない場合は下記に チェックしてください <input type="checkbox"/> 記録なし
3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用	支払年月日
	年 月 日		0.5mL	円 記録がない場合は下記に チェックしてください <input type="checkbox"/> 記録なし	年 月 日 記録がない場合は下記に チェックしてください <input type="checkbox"/> 記録なし

医療機関所在地:

実施医療機関:

医師署名又は記名押印:

医療機関電話番号: