

年 月 日

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請用証明書

多賀城市長

（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	<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
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 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：