

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償還払い申請用証明書

年 月 日

奄美市長 殿

（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		
	年 月 日		0.5 m L
	2 回 目	ロ ッ ト 番 号	接 種 量
	接 種 年 月 日		
	年 月 日		0.5 m L
	3 回 目	ロ ッ ト 番 号	接 種 量
	接 種 年 月 日		
	年 月 日		0.5 m L

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：