

様式第2号（第4条関係）

花巻市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

花巻市長 様

（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"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降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			

医療機関名 :

医師署名又は記名押印 :