

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

令和 年 月 日

鉾田市長 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	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン サーバリックス		
	☐ 組換え沈降4価HPVワクチン ガーダシル		
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】

住 所

名 称

医 師 名

印