

記入例

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

年 月 日

新居浜市長 様

申請者が記入してください

(被接種者情報) ※申請者が記入

住所：

氏名：

生年月日：

以下は接種した医療機関で記入
してもらって、提出してください

※以下は接種を実施した医療機関が記入
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 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		0.5 mL

実施場所

医療機関コード

医師署名又は記名押印