

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

白河市長

（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：

医師署名または記名押印：