

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

(あて先) 松江市長

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 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(サーバリックス®)			
	<input type="checkbox"/> 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	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL

実施場所:

医師名:

※医師署名又は記名押印