

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

（あて先）高崎市長

（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"/> 組替え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）		
	<input type="checkbox"/> 組替え沈降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		
	年		0.5ml
	月		
	日		
	2回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5ml	
月			
日			
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日			
年		0.5ml	
月			
日			

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名または記名押印：