

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）養老町長

（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		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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

医療機関コード

署名又は記名押印

医師名