

様式第 2 号（第 4 条関係）

愛西市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

(宛先) 愛西市長

(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	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 日 月 日		
	2 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 日 月 日		
3 回目	ロット番号	接種量	
接種年月日		0.5mL	
年 日 月 日			

※接種した医療機関がそれぞれに異なる場合は、医療機関ごとに提出すること。

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

(医師名は、自筆以外は押印が必要)