

年 月 日

鶴岡市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）に係る任意接種償還払申請用証明書

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		

実施医療機関名：

住 所：

医療機関コード：

代表者 職氏名：

電 話 番 号：

— —

㊞