

### 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

熊取町長 様

(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)		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン(シルガード)		
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 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		

実施場所：

医療機関コード：

医療機関の名称：

医師署名又は記名押印：