

様式第2号（第3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

年 月 日

（あて先）南魚沼市長

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

実 施 場 所：

医 療 機 関 コー ド：

医 師 名：

医師署名又は記名押印：