

HPVワクチン任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

(あて先) 伊勢崎市長

(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 (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		0.5 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 :

医師署名又は記名押印 :