

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

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

（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 (申請分のみ記載)	1回目	年	月 日
	接種年月日	ロット番号	接種量
	月 年 日		0.5 mL
	2回目	年	月 日
	接種年月日	ロット番号	接種量
	月 年 日		0.5 mL
	3回目	年	月 日
	接種年月日	ロット番号	接種量
	月 年 日		0.5 mL

実施医療機関名： _____

住所： _____

電話番号： _____

医師名： _____

医師署名又は記名押印： _____