

様式第2号（第4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

豊島区長 殿

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