

様式第2号（第4条関係）

上峰町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

上峰町長 様

（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			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
予防接種状況等	1回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日 年 月 日		ml	円
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日 年 月 日		ml	円
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日 年 月 日		ml	円

実施医療機関

住 所：

名 称：

医師名： \_\_\_\_\_

（署名又は記名押印願います。）