

五所川原市ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

五所川原市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：五所川原市

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（HPV）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		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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		0.5mL
	年 月 日		
	接種費用		円
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	接種費用		円
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	接種費用		円

実施場所：

医師署名又は記名、押印：