

第2号様式（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

(あて先) 春日井市長

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 平成 _____ 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 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
	平成・令和 年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	平成・令和 年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	平成・令和 年 月 日		

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師自署又は記名押印