

様式第2号(第4条関係)

横須賀市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

横須賀市長

(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ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチンの種類	組換え沈降2価HPVワクチン		
	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		
	年		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 mL	
月 日			

接種した医療機関がそれぞれに異なる場合は、医療機関ごとに提出してください。

実施場所:
(医療機関住所)

医療機関名:

医師名:
(署名または記名押印)

電話番号 () -