

今治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

令和 年 月 日

(宛先) 今治市長

(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			
	<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	接種費用
	接種年月日		0.5 mL	円
	年			
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5 mL	円
	年			
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
接種年月日		0.5 mL	円	
年				
月 日				

実施場所:

医療機関コード:

医師名:

※記入担当者 職(担当) _____ 氏名 電話番号 _____
--

※記載内容について問い合わせる場合がありますので、必ずご記入ください。