

様式第2号(第4条関係)

長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請用証明書

年 月 日

長久手市長 殿

(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(サーバリックス)			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	金額	接種量
	接種年月日			0.5 mL
	H・R 年		円	
	月 日			
	2回目	ロット番号	金額	接種量
	接種年月日			0.5 mL
	H・R 年		円	
	月 日			
	3回目	ロット番号	金額	接種量
	接種年月日			0.5 mL
	H・R 年		円	
	月 日			

実施医療機関名:

住所:

電話番号:

医師署名又は記名押印: