

様式第2号（第4条関係）

名張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

名張市長 宛て

（被接種者情報）※申請者が記入してください。

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

※以下は接種を実施した医療機関が記入してください。

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
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		

実施医療機関

住所：

名称：

医師署名又は記名押印：