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接種費用償還払い申請用証明書

年 月 日

志 木 市 長 様

（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	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン		
	☐ 組換え沈降4価HPVワクチン		
	☐ 組換え沈降9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			

住 所

実施医療機関

名 称

医師署名又は記名押印

電話番号