

年 月 日

那須塩原市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住所
氏名
生年月日

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

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		
	<input type="checkbox"/> 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		0.5ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		

実施場所（医療機関所在地）：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：