

様式第2号（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償還払い申請用証明書

年 月 日

多賀町長 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	<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 の受けた 年月日	1回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			
	年 月 日		ml	円
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			
	年 月 日		ml	円
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			
	年 月 日		ml	円

接種費用合計	円
--------	---

医療機関名：

医師名（医師署名または記名押印）：

