

HPVワクチン任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

掛川市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： 平成 年 月 日

上の者がHPV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		0.5 mL
	H・R 年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	H・R 年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	H・R 年 月 日		

医療機関名：

医師署名又は記名押印：