

別記様式第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

令和 年 月 日

野々市市長 宛

(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		
		接種年月日	ロット番号	接種量
予防接種を受けた 年月日	1回目	H R 年 月 日		0.5ml
	2回目	H R 年 月 日		0.5ml
	3回目	H R 年 月 日		0.5ml

実施医療機関：

医師署名又は記名押印：