

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

松島町長 殿

(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 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 履 歴	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		

実施場所:

医療機関コード:

医師名:

医師署名: