

HPVワクチンに係る任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

津別町長 宛

(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 (サーバリックス)		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン (ガーダシル)		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン (シルガード)		
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
	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			

医療機関名:

医師名:

医師署名又は記名押印:

※接種当日の接種医がすでにいない場合には、医師名の欄は同じ医療機関の他の医師でも可能です