

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

堺市長 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9）			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量	支払金額（A）（税込）
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	支払金額（A）（税込）
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	支払金額（A）（税込）
接種年月日				
年		0.5 mL	円	
月 日				

所在地：

医療機関名：

電話番号：

代表者職氏名：

印