

塩尻市子宮頸がん(HPV)ワクチン任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

塩尻市長 殿

(被接種者情報)

住 所：

氏 名：

生年月日：

上記の者が子宮頸がん(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		
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		
	年		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 mL	
月 日			

実施場所：

(医療機関名・医師署名又は記名押印)