

様式第2号 (第3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

小田原市長 様

(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		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン		
接種情報	1回目	メーカー/ロット番号	接種量
	接種年月日		mL
	年 月 日		
	2回目	メーカー/ロット番号	接種量
	接種年月日		mL
	年 月 日		
	3回目	メーカー/ロット番号	接種量
	接種年月日		mL
	年 月 日		

実施場所 :

医療機関名 :

電話番号 :

医師署名又は記名押印 :