

敦賀市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

敦賀市長 あて

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		
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	<input type="checkbox"/> 不明	
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不明	
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不明	

注) ※実施した回数分のみ記載してください。

※ロット番号の記録がない場合は、不明にチェックを入れてください。

医療機関所在地：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：