

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

(あて先) 石狩市長

令和 年 月 日

【被接種者情報】(本人又は保護者が記入)

住所.....

氏名.....

生年月日 平成 年 月 日.....

上記の者が下記のとおり、HPV ワクチンを接種したことを証明します。

医療機関記入欄

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)			
予防接種を受けた年月日・ロット番号・医師名	1回目	年 月 日	ロット番号	医師名
	2回目	年 月 日	ロット番号	医師名
	3回目	年 月 日	ロット番号	医師名
金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	円
	2回目	円		
	3回目	円		
医療機関名 (又は 実施場所):				
医療機関コード				
医師名:				
医師署名又は記名押印:				