

様式第2（第4条関係）

稲沢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

年 月 日

稲沢市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所

氏 名

生年月日 平成 年 月 日生

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	※ 接種料金
	接種年月日		0.5mL	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	※ 接種料金
	接種年月日		0.5mL	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	※ 接種料金
	接種年月日		0.5mL	円
	年 月 日			

※ 「接種料金」は、医療機関において確認できる場合のみご記入ください。

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印