

滑川町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

（宛先）滑川町長

（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		0.5ml
	年 月 日		
	2 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年 月 日		
3 回目	ロット番号	接種量	
接種年月日		0.5ml	
年 月 日			

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：