

第2号様式（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種費用償還払い申請用証明書

年 月 日

海老名市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 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		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日		0.5 mL	
年			
月 日			
実施 医療機関	所在地： 医療機関名 ： 電話番号： 医師名（署名又は記名押印）		