

垂井町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種の予防接種費の
償還払い申請用証明書

年 月 日

垂井町長 様

(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		
接種状況	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		
医療機関	名称		
	所在地		
	医師氏名 (署名又は記名押印)		