

様式第2号（第4条関係）

子宮頸がん予防ワクチン任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

真岡市長 様

（接種を受けた人の情報）※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（子宮頸がんワクチン）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（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	1 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	2 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	3 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL

実施場所(医療機関名)： _____

医療機関連絡先： _____

医師署名又は記名押印： _____