

つくばみらい市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請用証明書

年 月 日

つくばみらい市長 様

（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。

接種ワクチンの種類	<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	ロット番号	接種量	単価
	接種年月日		0.5 ml	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	単価
	接種年月日		0.5 ml	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	単価
	接種年月日		0.5 ml	円
	年 月 日			
実施医療機関	医療機関名			
	所在地			
	電話番号			
	医師名 (署名又は記名押印)			