

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

令和 年 月 日

三島町長

（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	☐ 組換え沈降 2 価 H P V ワクチン		
	☐ 組換え沈降 4 価 H P V 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		
	年		m l
	月 日		
	2 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		m l
	月 日		
	3 回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		m l	
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：
