

様式第2号（第4条関係）

津山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

令和 年 月 日

津 山 市 長 殿

（被接種者情報）

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	<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				

医療機関の住所：

医療機関の名称：

医師署名又は記名押印：