

様式第2号（第4条関係）

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

伊賀市長 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。

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	<b>1回目</b>	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年		
	月 日		
	<b>2回目</b>	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	年		
	月 日		
	<b>3回目</b>	ロット番号	接種量
接種年月日		0.5ml	
年			
月 日			

実施医療機関名：

住所・TEL

医師署名又は記名押印：