

筑紫野市HPVワクチンの任意接種に係る償還払申請用証明書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

(被接種者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

上記の者が、ヒトパピローマウイルス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"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン (サーバリックス)		
	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降4価HPVワクチン (ガーダシル)		
接種内容	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		

実施場所 (医療機関名等) :

医療機関コード :

医師名 (署名又は記名押印) :