

第2号様式（第4条関係）

伊勢原市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

年 月 日

伊勢原市長 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感染症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				

※ロット番号が不明の場合は「不明」と御記入ください。

実施場所：

（医用機関名）

医療機関コード：

医師署名又は記名押印