

様式第2号（第4条関係）

子宮頸がん予防接種に係る任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

喜多方市長 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	□組換え沈降2価HPVワクチン		
	□組換え沈降4価HPVワクチン		
1回目	接種年月日	ロット番号 接種量	接種費用
		m l	円
2回目	接種年月日	ロット番号 接種量	接種費用
		m l	円
3回目	接種年月日	ロット番号 接種量	接種費用
		m l	円

実 施 場 所：

医師署名又は記名押印：