

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接種費用証明書

年 月 日

下記の者は、当医療機関において、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種を実施したことを証明します。

接種者氏名	
接種日	1 回 目 年 月 日 自己負担額 円
	2 回 目 年 月 日 自己負担額 円
接種費用（自己負担額）	3 回 目 年 月 日 自己負担額 円

実施場所；

医療機関コード；

医師名；

医師名署名又は記名押印；