

様式第3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

年 月 日

（あて先）三芳町長

（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	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
年 月 日		0.5mL	

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；