

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

(宛先)新潟市長

【 被接種者 】 ※申請者が記入すること

住 所

氏 名

生年月日

上記の者(被接種者)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価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(サーバリックス®)			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(ガーダシル®)			
任意接種を受けた 年月日 (該当するものだけ記載)	1回目	平成・令和 年 月 日		
		ロット番号	接種量	0.5ml
	2回目	平成・令和 年 月 日		
		ロット番号	接種量	0.5ml
	3回目	平成・令和 年 月 日		
		ロット番号	接種量	0.5ml

接種場所(医療機関名・所在地・連絡先)

接種医師名

医師署名又は記名押印