

様式第2号（第4条関係）

行橋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申請用証明書

年 月 日

行橋市長 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	<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 年月日等	1回目	ロット番号	接種量	接種費用
	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			

備考 接種料金がわからないときは、不明と記載してください。

医療機関名：

電 話 番 号： \_\_\_\_\_

医師署名又は記名押印： \_\_\_\_\_