

様式第2号

HPVワクチンに係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

福山市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

被接種者	住 所	〒
	名 前	
	生年月日	

(医療機関記入欄)

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス)		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)		
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		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		

上記の者がHPVワクチンを接種したことを証明します。

医療機関名：

医師署名又は記名押印：

㊞

(自署の場合は押印不要)