

様式第2号（第4条関係）

羽生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い申請用証明書

年 月 日

(宛先)

羽生市長

(被接種者情報) ※申請者が記入してください。

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		0 . 5 m L
	年 月 日		
	2 回 目	ロ ッ ト 番 号	接 種 量
	接 種 年 月 日		0 . 5 m L
	年 月 日		
	3 回 目	ロ ッ ト 番 号	接 種 量
	接 種 年 月 日		0 . 5 m L
年 月 日			

医療機関名 :

医師署名又は記名押印 :