

様式第2号（第4条関係）

伊那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

令和 年 月 日

伊那市長 殿

（接種を受けた方の情報）※申請者が記入

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： 平成 年 月 日

上記の方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		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 mL	
月 日			

所在地（実施場所）

： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師署名

又は記名押印： \_\_\_\_\_