

様式第2号（第4条関係）

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

那覇市長 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 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	ワクチン代支払額
	接種年月日		0.5 mL	
	年			
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	ワクチン代支払額
	接種年月日		0.5 mL	
	年			
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	ワクチン代支払額
接種年月日		0.5 mL		
年				
月 日				

実施場所：

医療機関名：

医師名：

医師署名又は記名押印：