

様式第2号

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

(あて先) 防府市長

(被接種者)

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	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日

医療機関名

医師署名又は記名押印