

様式第2号（第4条関係）

三条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申請用証明書

年 月 日

（宛先） 三条市教育委員会

（被接種者情報） ※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 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価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量	接種金額※
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	※接種金額が不明の場合は未記入			
	2回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	※接種金額が不明の場合は未記入			
	3回目	ロット番号	接種量	接種金額
接種年月日		0.5 mL	円	
年 月 日				
※接種金額が不明の場合は未記入				

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：

※接種した医療機関がそれぞれに異なる場合は、医療機関ごとに提出すること。