

(様式第2号)

交野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

(あて先) 交野市長

(被接種者情報) ※申請者が記入	
住 所:	_____
氏 名:	_____
生年月日:	平成 年 月 日

上記の者がヒトパピローマウイルス感染症に係る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"/> 2価ワクチン (サーバリックス)	
	<input type="checkbox"/> 4価ワクチン (ガーダシル)	
予防接種を受けた年月日等 (申請分のみ記載)	1回目	
	接種年月日	接種費用
	年 月 日	円
	ロット番号	接種量
		0.5 mL
	2回目	
	接種年月日	接種費用
	年 月 日	円
	ロット番号	接種量
		0.5 mL
	3回目	
	接種年月日	接種費用
年 月 日	円	
ロット番号	接種量	
	0.5 mL	

医療機関名:

所在地:

医師署名又は記名押印: