

別記様式第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

年 月 日

（宛先）和歌山市長

（申請者記入欄）

被接種者	住所	〒
	氏名	
	生年月日	

（医療機関記入欄）

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）				
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）				
予防接種を受けた年月日	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用
		年 月 日		0.5 mL	円
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用
		年 月 日		0.5 mL	円
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用
		年 月 日		0.5 mL	円

上記の者が子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）を接種したことを証明します。

医療機関名：

医師名：

医師署名又は記名押印：