

枚方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

枚方市長

(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			
	<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	ロット番号	接種量	領収額(税込)
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	領収額(税込)
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	領収額(税込)
接種年月日				
年		0.5 mL	円	
月 日				

実施場所 :

医療機関コード :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :