

見本

様式第2号（4条関係）

取手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

令和5年4月1日

取手市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住所： 取手市新町 2-5-25

氏名： 取手 花子

生年月日： 平成9年4月2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 checked="" 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
	接種年月日	2価HPVワクチン	0.5 mL
	平成28年 6月10日	LOT:ABC123DEF	
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日	2価HPVワクチン	0.5 mL
	平成28年 7月10日	LOT:ABC456DEF	
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日	2価HPVワクチン	0.5 mL
	平成29年 1月10日	LOT:ABC789DEF	

実施場所：取手市寺原

〇〇医院

医療機関名：12345

医師名：〇〇 〇〇

医師署名又は記名押印：〇〇 印