

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

東京都北区長 殿

（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
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日			
年 月 日		0.5 mL	

実施場所：

医療機関コード：医師名：

医師署名又は記名押印：