

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

昭島市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還
払い申請書用証明書

（宛先）昭島市長

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

実施場所 :

医療機関コード :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :