

様式第2号（第4条関係）

豊山町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

豊山町長

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

年 月 日

医療機関名 名称  
所在地  
医師名  
（署名または記名押印）