

様式第2号（第4条関係）

宮古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

年 月 日

宮古市長 あて

（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		0. 5 m L
	月		
	日		
	2 回 目	ロ ッ ト 番 号	接 種 量
	接 種 年 月 日		
	年		0. 5 m L
	月		
日			
3 回 目	ロ ッ ト 番 号	接 種 量	
接 種 年 月 日			
年		0. 5 m L	
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：