

年 月 日

白浜町長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所

氏 名

生年月日

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

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス（組換え沈降2価HPVワクチン）		
	<input type="checkbox"/> ガーダシル（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		mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		mL
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。

年 月 日

医療機関

所在地

名 称

代表者氏名