

様式第2号（第4条関係）

鳥羽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

鳥羽市長 様

下記のとおりヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種し、接種費用（自己負担分）を領収したことを証明します。

医療機関等証明欄				
被接種者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
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			
接種年月日 ロット番号 接種費用	接種年月日		ロット番号	接種費用 (自己負担分)
	1回目	年 月 日		円
	2回目	年 月 日		円
	3回目	年 月 日		円
特記事項				

医療機関 所在地  
名称  
医師又は代表者氏名  
(署名又は記名押印)  
電話番号