

様式第2号（第4条関係）

柏原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

柏原市長 様

（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			
	<input type="checkbox"/> その他			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日			
	年 月 日		0.5mL	円
	2回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日			
	年 月 日		0.5mL	円
	3回目	ロット番号	接種量	接種金額
	接種年月日			
	年 月 日		0.5mL	円

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：