

### 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

荒川区長 殿

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

実施医療機関名:

医師名:

医師署名又は記名押印:

※ 注意事項

複数の医療機関にて接種を行った場合は、医療機関ごとに接種証明書が必要です。