

様式第2号（第4条関係）

令和 年 月 日

玉名市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： 玉名市

氏 名：

生年月日： 平成 年 月 日

玉名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

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	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン			
	☐ 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	接種料金
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種料金
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種料金
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 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：