

鹿部町子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用に係る
償還払い申請書用証明書

年 月 日

鹿部町長 様

(接種を受けた者) ※申請者が記入

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

上記の者に係る子宮頸がん予防ワクチンに係る予防接種について、次のとおり証明します。

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		
予防接種の年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		ml
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		ml
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		ml	
月 日			

接種医療機関 _____

医療機関コード _____

医師署名又は
記名押印 _____