

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

長崎市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日：

1 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 接種回数	1回目	接種年月日	年 月 日
		ロット番号	
		接種量	0.5 mL
		接種費用	円
	2回目	接種年月日	年 月 日
		ロット番号	
		接種量	0.5 mL
		接種費用	円
	3回目	接種年月日	年 月 日
		ロット番号	
		接種量	0.5 mL
		接種費用	円

2 ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種するために上記の者を診察した結果、接種を見合わせた方がよいと判断したことを証明します。

予診のみ (接種不可)	予診年月日	年 月 日
	予診費用	円

医療機関名：

住 所：

医師署名又は記名押印：