

第2号様式（第4条関係）

広陵町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払申請用証明書

年 月 日

広陵町長 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等	1回目	ロット番号・接種量	領収額（税込）
	接種年月	接種量0.5mL	円
	年 月 日		
	2回目	ロット番号・接種量	領収額（税込）
	接種年月	接種量0.5mL	円
	年 月 日		
	3回目	ロット番号・接種量	領収額（税込）
	接種年月	接種量0.5mL	円
	年 月 日		

医療機関（実施場所）

医師名（医師署名若しくは医師名及び印鑑）