

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

京丹後市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

子宮頸がん予防ワクチン任意接種償還払い申請用証明書

上記の者が子宮頸がん予防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
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日		0.5 mL	
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 \_\_\_\_\_