

様式第2号（第4条関係）

春日部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

年 月 日

春日部市長 あて

（被接種者情報）※申請者が記入してください。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_（ ）\_\_\_\_\_

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		
予防接種を受けた日 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：

医師署名又は記名押印：