

様式第2号（第4条関係）

宇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

令和 年 月 日

宇部市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 月 日

上記の者がヒトパピローマウイルス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		
	年		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 mL	
月 日			

※接種した医療機関がそれぞれに異なる場合は、医療機関ごとに提出すること。

医療機関住所

医療機関名

医師名

（医師名は、自筆以外は押印が必要）