

様式第2号（第4条関係）

松原市子宮頸がん予防ワクチン接種費用償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

松原市長 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		
	年 月 日		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL

実施場所：

医療機関コード：

医師署名又は記名押印：