

第2号様式（第4条関係）

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

練馬区長 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	組換え沈降2価HPVワクチン		
	組換え沈降4価HPVワクチン		
	組換え沈降9価HPVワクチン		
予防接種 を受けた 年 月 日	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

医療機関名：

医療機関コード：

医師署名：

または記名押印