

第2号様式（第4条関係）

HPV男性任意予防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）※本人が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者がHPV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"/> 4価HPVワクチン（製品名：ガーダシル） <input type="checkbox"/> 9価HPVワクチン（製品名：シルガード9）		
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			

医療機関名：

医療機関コード：

医師署名：

または記名押印