

様式第2号（第4条関係）

門真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

門真市長 宮本 一孝 様

（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		<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		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年			
月 日			

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：