

文京区長 殿

文京区HPV感染症に係る任意接種費用償還払い申請用証明書

（被接種者情報）※ 申請者が記入

住 所：**文京区春日1-16-21**

氏 名：**文京 花子**

生年月日：**平成10年5月5日**

医療機関が記入

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"/> 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			

実施場所：

医師名：

医師署名又は記名押印：