

様式第2号（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

印南町長 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(サーバリックス)	
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)	
回数	接種年月日	領収額(税込)
1回目	年 月 日	円
2回目	年 月 日	円
3回目	年 月 日	円
合計金額		円

実施医療機関名:

住 所:

医師署名又は記名押印: