

様式第2号（第4条関係）

山梨市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請書用証明書

年 月 日

山梨市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所	
氏 名	
生年月日	

（医療機関記入）

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		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			

実施医療機関	医療機関名： 住 所：
医療機関コード	
医 師 名	
医師署名または記名押印	