

様式第3号（第4条関係）

子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種償還払い申請証明書

年 月 日

袋井市長

次の者が子宮頸がん予防ワクチンを接種したことを証明します。

被接種者	住所	電話番号 ()	
	氏名	生年月日 年 月 日	
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
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	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		

医療機関名

住所

医師名

医師署名又は記名押印