

清瀬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込用証明書

清瀬市長 殿

<申込者記入欄>

被接種者	住 所	〒
	氏 名	
	生年月日	

<医療機関記入欄>

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	接種年月日	ロット番号	接種量	金額
		年 月 日		0.5 mL	円
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量	金額
		年 月 日		0.5 mL	円
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	金額
		年 月 日		0.5 mL	円

※金額欄につきましては、実際にお支払いいただいた金額をご記入ください。

お支払いいただいた金額がわからない場合は、空欄のままご提出をお願いいたします。

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。

医療機関名：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：