

高岡市ヒトパピローマウイルス感染症に係る接種償還払申請用証明書

高岡市長 あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所（令和4年4月1日時点）

高岡市

住 所（接種時点）

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		
	<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			

実施医療機関名

医師署名又は記名押印