

(医療機関記入用)

(様式第2号)

年 月 日

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用証明書兼支払い済証明書

伊丹市長 様

下記の者が任意接種(接種費用自己負担)として、ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種を受け、接種費用を自己負担したことを証明します。

被接種者名					
生年月日					
住 所					
接種したワクチン名		<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)			
接種 の 詳 細 に つ い て		接種年月日	Lot.No	接種量	自己負担額
	1回目	年 月 日		0.5ml	円
	2回目	年 月 日		0.5ml	円
	3回目	年 月 日		0.5ml	円

(Lot.No については、予診票の添付でも可。)

医療機関コード：

実施医療機関名：

住所

電話番号

開設者名および開設者印：