

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る9価HPVワクチン任意接種費償還払い申請用証明書

年 月 日

熊谷市長 小林 哲也 宛

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の者が組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）を接種したことを証明します。

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	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 mL	
月 日			

実施医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

医師署名又は記名押印：