

第2号様式（第4条関係）

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請用証明書

令和 年 月 日

船橋市長 あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

1. 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（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）	
回数	接種年月日	領収額（税込）
1回目	年 月 日	円
2回目	年 月 日	円
3回目	年 月 日	円

2. ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種するために上記の者を診察した結果、接種を見合わせたほうがよいと判断したことを証明します。

予 診 の み	予診年月日	領収額（税込）
	年 月 日	円

実施医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

医師署名又は記名押印：