様式第２号（第４条関係）

松戸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請用証明書

令和　　年　　月　　日

松戸市長　殿

被接種者情報 （申請者が記載）	住所	
	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	□組換え沈降２価 HPV ワクチン（サーバリックス）		
	□組換え沈降４価 HPV ワクチン（ガーダシル）		
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　　月　　日		0.5　　ml
	領収額		円
	２回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年　　月　　日		0.5　　ml
	領収額		円
	３回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年　　月　　日		0.5　　ml
	領収額		円

実施医療機関名：

住　　所：

電　話　番　号：

医師署名又は記名押印：