様式第２号（第４条関係）

藤沢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

藤沢市長

（被接種者情報）※申請者が記入

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		
	□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 年 月　　日		0.5　ｍｌ
	接種費用	円	
	２回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月　　日		0.5　ｍｌ
	接種費用	円	
	３回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月　　日		0.5　ｍｌ
	接種費用	円	

医療機関コード：

所在地：

医療機関名：

医師署名：

連絡先：