

玉城町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

年 月 日

玉城町長 宛

所在地  
 名 称  
 医療機関等 医師又は代表者氏名  
 (署名または記名押印)  
 電話番号

下記のとおりヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種し、接種費用（自己負担分）を領収したことを証明します。

被 接 種 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	平成 年 月 日	
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）		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）		
接 種 年 月 日 ・ ロ ッ ト 番 号 ・ 接 種 費 用	1回目	ロット番号	接種費用(自己負担額)
	接種年月日		
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種費用(自己負担額)
	接種年月日		
	年月日		
	3回目	ロット番号	接種費用(自己負担額)
	接種年月日		
	年月日		
備 考			