

様式第2号（第5条関係）

豊橋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

豊橋市長 様

氏 名： _____

被接種者 住 所： _____

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	<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®）		
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			

住 所

実施医療機関 名 称

医師名