

様式第2号（第5項関係）

青梅市ヒトパピローマウイルス感染症にかかる任意接種償
還払申請用証明書

令和 年 月 日

青梅市長 殿

被接種者情報 住 所
(申請者記入) 氏 名
生年月日

上記の者が HPV ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチン種別	<input type="checkbox"/> 2 価 HPV ワクチン	<input type="checkbox"/> 4 価 HPV ワクチン
回数	接種年月日	ロット番号
1 回目	年 月 日	
2 回目	年 月 日	
3 回目	年 月 日	
接種医療機関 (証明者)	名 称	
	所在地	〒 電話番号 ()
	医師署名	