

(別記第2号様式)

函館市子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用に係る
償還払申請用証明書

年 月 日

函館市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

上記の者が子宮頸がん予防ワクチンの接種を受けたことを証明します。 ※医療機関が記入

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)			
接種を受けた 年月日		接種年月日	ロット番号	接種量
	1回目	年 月 日		0.5ml
	2回目	年 月 日		0.5ml
	3回目	年 月 日		0.5ml

実施医療機関の名称および所在地

接種した医師名または
医療機関代表者氏名
(署名または記名押印)