

第2号様式（第4条関係）

HPV男性任意予防接種償還払い申請用証明書

年 月 日

練馬区長 殿

（被接種者情報）※本人が記入

住 所： _____

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。

ワクチンの種類	<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		0.5 mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		

医療機関名：

医療機関コード：

医師署名：

または記名押印