別記第２号様式（第４条関係）

医療機関記入例

新発田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

年　　月　　日

（宛先）新発田市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：
氏　　名：　**接種を受けた方の氏名など**
生年月日：　**（申請者記入）**

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	□組換え沈降２価 HPV ワクチン		
	☑組換え沈降４価 HPV ワクチン		
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　月　日		0.5mL
	２回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年　月　日		0.5mL
	３回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年　月　日		0.5mL

実施場所：

医療機関コード：
医師名：
医師署名又は記名押印：