

別記様式第2号（第4条関係）

栃木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  
申請用予防接種証明書

令和 年 月 日

（宛先） 栃木市長

次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。

被 接 種 者	住所			
	氏名			
	生年月日			
ワクチンの 種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
予防接種を 受けた日等	1回目	ロット番号	接種量	
	接種年月日		0.5ml	
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	
	接種年月日		0.5ml	
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	
	接種年月日		0.5ml	
	年 月 日			
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の署名又は記名押印				