

子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）に係る任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

（あて先）仙台市長

〈申請者記入欄〉

被接種者	住 所	〒
	氏 名	
	生年月日	

〈医療機関記入欄〉

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）			
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL

上記の者が子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）を接種したことを証明します。

医療機関名：

電話番号：

医師署名又は記名押印：

※不明な点がある場合には、市より医療機関に確認する場合がございます。