

令和4（2022）年4月1日
時点で品川区に住民登録のない
方は申請できません。

品川区長あて

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接種済証明書

（被接種者情報）

※予防接種を受けた本人（18歳未満の場合は保護者等）が記入

住 所：

氏 名：

生年月日： 年 月 日

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証明します。

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	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			

※実施した回数分のみ記載してください。

※ロット番号が不明な場合は、その旨明記してください。

接種医療機関

医師名

医師署名