HIVワクチンの任意接種確認書

〇 確認者（接種した者）

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

令和　　 年 　　月　 　日

松　　　浦　　　市　　　長　　　　様

　私は下記医療機関等にてＨＩＶワクチンを接種しましたが、領収書を紛失した為、接種当時のワクチン代金につきまして確認を行いました。内容は下記のとおりですので報告いたします。

記

〇　　 　回目接種分（接種日　　　年　　月　　日）

　医療機関等名称　　　　　　　　　　　　　 　 　　 　　　　　　ワクチン金額　　　 　　　　　円

〇　　　　 回目接種分（接種日　　　年　　月　　日）

　医療機関等名称　　　　　　　　　　　　 　 　 　　　　　　　　ワクチン金額　　　　 　　　　円

〇　　　　 回目接種分（接種日　　　年　　月　　日）

　医療機関等名称　　　　　　　　　　　　 　 　 　　　　　　　　ワクチン金額　　　　 　　　　円

【 市確認欄 】

医療機関への確認日　　 　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　　回答者

確認者氏名