様式第２号（第４条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請用証明書

　　年　　月　　日

常　滑　市　長　　殿

|  |
| --- |
| （被接種者情報）※申請者が記入 |
| 住　　所： |  |
| 氏　　名： |  |
| 生年月日： |  |

 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 |  | 0.5　　mL |
| 年月　日 |
| **２回目** | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL |
| 年月　日 |
| **３回目** | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL |
| 　年月　日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：