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い申請用証明書

令和 年 月 日

田村市長　白石　高司　様

（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 |
| 月 | 年日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL |
| 月 | 年日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL |
| 月 | 年日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：