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

　　年　　月　　日

　　日之影町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード

医師署名又は記名押印

下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。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者情報 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 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 |

（注意事項）

１　**太枠内は対象者が記入してください。**