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かかる任意接種償還払い申請用証明書

　 年　 月 　日

 愛荘町長殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：愛荘町

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：

医師名：

医師署名または記名押印：