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

飯綱町長殿

　　　　　　（被接種者）

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 |  | ０．５mⅬ |
| 年　　月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５mⅬ |
| 年　　月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５mⅬ |
| 年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施医療機関名 |  |
| 医療機関コード |  |
| 医　　師　　名 |  |
| 医師署名  又は記名押印 |  |