

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

（宛先）津幡町長

（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         | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン |        |        |
|                 | <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン |        |        |
| 予防接種を受けた<br>年月日 | 1回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
|                 | 接種年月日                                   |        |        |
|                 | 年<br>月<br>日                             |        | 0.5 mL |
|                 | 2回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
|                 | 接種年月日                                   |        |        |
|                 | 年<br>月<br>日                             |        | 0.5 mL |
|                 | 3回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
|                 | 接種年月日                                   |        |        |
| 年<br>月<br>日     |   | 0.5 mL |        |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：