|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

十日町市長　あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日： 平成　 　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（サーバリックス） |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル） |
| 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：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：