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：