

第2号様式(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

津久見市長 様

(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<br>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<br>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                                       |        | 0.5 mL |
|                     | 月 日                                     |        |        |
|                     | 2回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
|                     | 接種年月日                                   |        |        |
|                     | 年                                       |        | 0.5 mL |
|                     | 月 日                                     |        |        |
|                     | 3回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
| 接種年月日               |                                         |        |        |
| 年                   |                                         | 0.5 mL |        |
| 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：