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

舟橋村長殿

(被接種者情報)※申請者が記入

住所：

氏名:

生年月日：

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |  | mL |
| 年 月 日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |  |
| 接種年月日 |  |  | mL |
| 年 月 日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |  |
| 接種年月日 |  |  | mL |
| 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。

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印