

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

明和町長あて

(被接種者情報)※申請者が記入

住所:

氏名: 印

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"/> 組み替え沈降2価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組み替え沈降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	摂取量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	2回目	ロット番号	摂取量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	3回目	ロット番号	摂取量
	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: