様式第２号(第４条関係)

中央市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

　中央市長　　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 |  | 0.5ml |
| 年  　　月　　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5ml |
| 年  　　月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5ml |
| 年  　　月　　日 |

　　　　　年　　　月　　　日

実施医療機関

医療機関コード

医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

(医師署名又は記名押印)