

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

中種子町長 殿

（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	<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 を 受 け た 年 月 日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 日 月		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 日 月		0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 日 月		0.5 mL

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：