様式第２号（第４号関係）

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

大井町長　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 | | |
| 予防接種を受けた日にち | 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 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：