別記第２号様式（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

下松市長　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 |  | 0.5 mL |
| 月 | 年日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL |
| 月 | 年日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL |
| 月 | 年日 |

実施場所：

医療機関コード： 医師名：

医師署名又は記名押印：