様式第２号（第４条関係）

箕輪町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払い申請用証明書

年 　　 月 　　 日

 （被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：　　　　　　　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  |
|  　　　　年 月 　　 日  |
| ２回目 | ロット番号  | 接種量  |  |
| 接種年月日  |   | 0.5  | mL  |
|  　　　　 年 月 　　日  |
| ３回目 | ロット番号  | 接種量  |  |
| 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：