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費用償還払い申請用証明書

　　　　年　　月　　日

　八頭町長　宛て

（接種を受けた者）※申請者が記入

住所

氏名

生年月日

　　上記の者に係るヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種について、次のとおり証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
| 予防接種の年月日 | 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 |

接種医療機関

医療機関コード

医師署名又は

記名押印