

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

年 月 日

瀬戸内町長 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 | | 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： _____