

様式第2号（第3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

（宛先）平生町長

（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		
1回目	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5mL
2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5mL
3回目	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5mL

※接種した医療機関がそれぞれに異なる場合は、医療機関ごとに提出すること。

医療機関所在地

医療機関名

医師名

（医師名は、自筆以外は押印が必要）