

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

令和 年 月 日

（宛先）天童市長 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<br>の種類         | <input type="checkbox"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン |        |        |
|                     | <input type="checkbox"/> 組み換え沈降4価HPVワクチン |        |        |
| 予防接種<br>を受けた<br>年月日 | 1回目                                      | ロット番号  | 接種量    |
|                     | 接種年月日                                    |        |        |
|                     | 年  |        | 0.5 mL |
|                     | 月  |        |        |
|                     | 日  |        |        |
|                     | 2回目                                      | ロット番号  | 接種量    |
|                     | 接種年月日                                    |        |        |
|                     | 年  |        | 0.5 mL |
|                     | 月  |        |        |
| 日                   |  |        |        |
| 3回目                 | ロット番号                                    | 接種量    |        |
| 接種年月日               |  |        |        |
| 年                   |  | 0.5 mL |        |
| 月                   |  |        |        |
| 日                   |  |        |        |

医療機関 住所：

名称：

医師名：