

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

鱈ヶ沢町長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入すること

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

実施場所	
医療機関名	
医療機関コード	
医師名	Ⓜ