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

豊後大野市長 様

（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 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン | | |  | |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン | | |  | |
| 予防接種を受けた  年 月 日 | 1回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | |
| 年 月 　 日 |  | 0.5 | mL |
| 2回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | |
| 年 月 　 日 |  | 0.5 | mL |
| 3回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | |
| 年 月 　 日 |  | 0.5 | mL |

医療機関名：

　　住　　　所：

医師署名又は記名押印：

（医療機関コード：　　　　　　　　　　　　　　）