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

豊後高田市長　　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 | 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 |

※該当する項目に☑を入れてください。

実施場所

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：