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

西粟倉村長　　様

（被接種者情報）※申請者が記入

|  |  |
| --- | --- |
| 住所： |  |
| 氏名： |  |
| 生年月日： |  |

※以下は接種を実施した医療機関が記入

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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施場所 |  |
| 医療機関コード |  |
| 医師署名又は記名押印 |  |