

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

西栗倉村長 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 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

医療機関コード

医師署名又は記名押印