第２号様式（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

　二宮町長 殿

（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 |

　実施医療機関名：

住　　　　　所：

電　話　番　号：

医師署名又は記名押印：