様式第２号（第４条関係）

山県市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

　山県市長　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 |  | ０．５ｍＬ |
| 年　　 月　 　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍＬ |
| 年 　 月　 　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍＬ |
| 年　 月 　日 |

実施医療機関：

医師名：

医師署名又は記名押印：