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

令和　　　 年　　　 月 　　　日

　南大隅町長　　　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ィルス用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：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師署名又は記名押印：