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費用償還払申請用証明書

年 　月 　日

朝来市長　殿

（被接種者情報）※予防接種を受けた人又は保護者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

（自署されない場合は記名押印してください）

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。

※医療機関記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |

医療機関住所：

医療機関名称：

（代表者が自署されない場合は記名押印してください）