様式第２号（第４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

西和賀町長 様

　　　　　　　　　　　（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

　生年月日：　　　　　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（サーバリックス） |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル） |
| 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 |

実施場所：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：