様式第２号（第４条関係）

北栄町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

　北栄町長　様

（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 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL  | 円 |
| 年月 日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL  | 円 |
|  年月 日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL  | 円 |
| 年月 日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：