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

（被接種者情報）※申請者が記入

住所：当別町

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 |  | ０．５　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：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師署名又は記名押印：