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

年　　月　　日

岩見沢市長　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：