

第2号様式（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

北谷町長 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 | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン | | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | 年 | | 0.5 ml |
| | 月 日 | | |
| | 2回目 | ロット番号 | 接種量 |
| | 接種年月日 | | |
| | 年 | | 0.5 ml |
| | 月 日 | | |
| | 3回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 | | | |
| 年 | | 0.5 ml | |
| 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：