様式第２号（第４条関係）

宮代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

宮代町長

（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 |

医療機関住所

医療機関名

医師署名又は

記名押印