様式第２号（第３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申請用証明書

　　年　　月　　日

　人吉市長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　※申請者が記入

住　　所：

（被接種者）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（署名又は記名押印） |  |