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

長島町長　　殿

（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：

医師名又は記名押印：