

様式第2号（第4条関係）

美里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

美里町長 様

下記のとおり、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。

記

|                       |                                                                                    |       |       |        |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|
| 被 接 種 者<br>情 報        | 住 所                                                                                |       |       |        |
|                       | 氏 名                                                                                |       |       |        |
|                       | 生 年 月 日                                                                            |       |       |        |
| ワ ク チ ン の<br>種 類      | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン |       |       |        |
| 予防接種を<br>受けた<br>年 月 日 | 1<br>回<br>目                                                                        | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量    |
|                       |                                                                                    | 年 月 日 |       | 0.5 mL |
|                       | 2<br>回<br>目                                                                        | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量    |
|                       |                                                                                    | 年 月 日 |       | 0.5 mL |
|                       | 3<br>回<br>目                                                                        | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量    |
|                       |                                                                                    | 年 月 日 |       | 0.5 mL |

医療機関名：

医師署名又は記名押印：