

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費用償還払い申請用証明書

年 月 日

瀬戸内市長 様

被接種者情報 住 所 瀬戸内市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

※申請者が記入してください。

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次のとおり証明します。

| 接種情報 | 予防接種回数    | 1回目  | 2回目  | 3回目  |
|------|-----------|--|--|--|
|      | ワクチンの種類   | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価<br>HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降4価<br>HPVワクチン | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価<br>HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降4価<br>HPVワクチン | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価<br>HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降4価<br>HPVワクチン |
|      | 接 種 日     | 年 月 日  | 年 月 日  | 年 月 日  |
|      | ロ ッ ト 番 号 |  |  |  |
|      | 接 種 量     | 0.5 ml   | 0.5 ml   | 0.5 ml   |

実施場所  
(医療機関名)

医師名  
医師署名又は記名押印

\_\_\_\_\_