別記様式第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

（申請先）　標茶町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：　　　　　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 | 料　金 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍｌ | ￥ |
| 年　　月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 | 料金 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍｌ | ￥ |
| 年　　月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 | 料金 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍｌ | ￥ |
| 年　　月　　日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：