様式第２号（第４条関係）

御代田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

　御代田町長　小園　拓志　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者氏名（申請者記入）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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任意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 | | |
| 回 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| １回目 | 年　　月　　日 |  | 0.5mL |
| ２回目 | 年　　月　　日 |  | 0.5mL |
| ３回目 | 年　　月　　日 |  | 0.5mL |

医療機関住所

医療機関名

医療機関長名　　　　　　　　　　　　㊞