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

壬生町長　様

（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（ＨＰＶ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（サーバリックス） |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル） |
| 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 |

医療機関名

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師署名又は記名押印）