

第 2 号様式（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

令和 年 月 日

別海町長 宛

（被接種者情報）※申請者の記入

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
	接種年月日		0.5 m l
	年 月 日		
	2 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 m l
	年 月 日		
	3 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 m l
	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：