別記様式第２号(第４条関係)

内灘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

　　年　　　月　　　日

内灘町長

(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等 | 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 |

接種機関：

医療機関コード：

医師署名又は記名押印：