

様式第2号（第4条関係）

篠栗町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

篠栗町長 様

（対象者情報）※申請者が記入

住所： _____

ふりがな
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 | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン | | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| | 年 月 日 | | 0.5ml |
| | 2回目 | | |
| | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| | 年 月 日 | | 0.5ml |
| | 3回目 | | |
| | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| | 年 月 日 | | 0.5ml |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：