

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

令和 年 月 日

滝上町長 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（商品名：サーバリックス）		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（商品名：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		
	年 月 日		0.5ml
	2回目	ロット番号	
	接種年月日		
	年 月 日		0.5ml
	3回目	ロット番号	
	接種年月日		
	年 月 日		0.5ml

医療機関所在地：

医療機関名：

医師署名又は記名押印： _____