様式第２号（第６条関係）

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申請用証明書

　　能代市長　　様

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：　平成　　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　　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 |

記載年月日：　　　　年　　月　　日

医療機関名：

　　所在地：

　　連絡先：

　　　　　　　　　　 医師氏名：

(医師署名又は記名押印)