

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

年 月 日

遠軽町長

様

〈申請者記入欄〉

被接種者	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。

〈医療機関記入欄〉

ワ ク チ ン の 種 類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日	1 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	2 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	3 回 目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL

医療機関名：

医 師 名：

医師署名又は記名押印：