

様式第2号（第3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

佐々町長 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	<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	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
		ロット番号	<input type="checkbox"/> 記録なし
		接種費用	_____ 円 <input type="checkbox"/> 記録なし
	2 回 目	接種年月日	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
		ロット番号	<input type="checkbox"/> 記録なし
		接種費用	_____ 円 <input type="checkbox"/> 記録なし
	3 回 目	接種年月日	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
		ロット番号	<input type="checkbox"/> 記録なし
		接種費用	_____ 円 <input type="checkbox"/> 記録なし

※実施した回数分のみご記入ください。

※ロット番号や接種費用が不明の場合は、「記録なし」に☑をご記入ください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

実施医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

医師署名又は記名押印：