

別記第2号様式（第4条関係）

益城町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

益城町長 様

(被接種者情報) 住 所 : _____

※申請者が記入 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		
	<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	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL

実施場所 :

医療機関コード :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :