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

　　時津町長　殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

１．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 |

２．ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種するために上記の者を診察した結

果、接種を見合わせたほうがよいと判断したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 予診のみ | 予診年月日 |
| 年　　　　月　　　　日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：