

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	<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		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：