

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

（宛先）大崎町長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所			
氏 名			生 年 月 日
			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	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
年		0.5 mL	
月 日			
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日			
年		0.5 mL	
月 日			

実 施 場 所：

医 療 機 関 コ ー ド：

医 師 署 名 又 は 記 名 押 印：