

第2号様式（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）寒川町長

（被接種者情報）申請者が記入

住 所

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 |       |
|         | <input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン |       |
| 1回目     | ロット番号                                   | 領収金額* |
| 接種年月日   |   |       |
| 年 月 日   |   |       |
| 2回目     | ロット番号                                   | 領収金額* |
| 接種年月日   |   |       |
| 年 月 日   |   |       |
| 3回目     | ロット番号                                   | 領収金額* |
| 接種年月日   |   |       |
| 年 月 日   |   |       |

\*証明できない場合は、記載不要です。

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：