

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

（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又は接種見合わせ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）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）			
予防接種を受けた年月日	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 mL
接種見合わせをした年月日	接種見合わせ年月日		見合わせ理由	
	年 月 日			

医療機関住所：

医療機関名：

医師名（管理者名）：

医師署名又は記名押印：