様式第２号（第４条関係）

山形村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

長野県東筑摩郡山形村長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：　　　　　　　　　　　　　　　１

氏 名：　　　　 　　　　　　　　１

生年月日：　平成　 　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 | □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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施場所 | 医療機関名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 医師署名又は記名押印 |  | |