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 |  |