様式第２号（第４条関係）

高島市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

高島市長

（被接種者情報）　※申請者が記入

現　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 | □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：

　　　医療機関コード：

　　　医師名：

　　　医師署名又は押印：