様式第２号（第４条関係）

日高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

（あて先）日高市長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　年　月　日 |
| 氏　　名 |  |
| 現 住 所 |  |

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（サーバリックス）
 |
| * 組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル）
 |
| 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：

医師会：

医師署名又は記名押印：