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予防接種済証

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：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  |

　　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：